



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2015

---

## **Ethnographie des Spitals Manyemen. Eine Untersuchung zur Nutzersicht bezüglich Qualität der Pflege in Kamerun**

Winterberger, Georg

**Abstract:** Das zentralafrikanische Spital Manyemen wurde 1954 von der Basler Mission gegründet. Es liegt abseits der Städte im Südwesten von Kamerun und war dafür ausgelegt, die rurale Bevölkerung medizinisch zu versorgen. Heute kann die Bevölkerung dank der steigenden Mobilität auch andere Spitäler aufsuchen. Diese Forschung wurde 2008 zu einer Zeit durchgeführt, in der das Spital mit einem kontinuierlichen Rückgang der Patientenzahlen zu kämpfen hatte. Für mission 21 und die Presbyterian Church in Cameroon, den Betreiberinnen des Spitals, hat der Autor eine Forschung zur Qualität der Pflege des Spitals Manyemen durchgeführt. Im Zentrum standen die Benutzerinnen! und Benutzer des Spitals: Wie bewerten sie die Qualität des Spitals? Wie reagieren sie auf Krankheiten und welche Bedürfnisse haben sie? Entstanden ist eine Ethnographie dieses Spitals, die holistisch das Spital und seine Benutzerinnen und Benutzer beschreibt.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-117823>

Monograph

Published Version

Originally published at:

Winterberger, Georg (2015). Ethnographie des Spitals Manyemen. Eine Untersuchung zur Nutzersicht bezüglich Qualität der Pflege in Kamerun. Münster: Monsenstein und Vannerdat (MV Wissenschaft).



Georg Winterberger

# Ethnographie des Spitals Manyemen

Eine Untersuchung zur Nutzersicht  
bezüglich Qualität der Pflege in Kamerun



MV-WISSENSCHAFT

# **Ethnographie des Spitals Manyemen**

**Eine Untersuchung zur Nutzersicht  
bezüglich Qualität der Pflege in Kamerun**

Georg Winterberger



## **Inhaltsverzeichnis**

Graphikverzeichnis.....	6
Karten- und Tabellenverzeichnis .....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Danksagung .....	11
1. Einleitung.....	12
1.1. Forschungsgegenstand .....	12
1.2. Forschungsfragen .....	14
1.3. Forschungslage und Literatur.....	15
1.4. Begriffserklärung.....	16
1.4.1. Begriffspaar Krankheit-Gesundheit.....	17
1.4.2. Begriff Medizinsystem .....	18
1.5. Gliederung der Arbeit.....	19
2. Theoretischer Hintergrund .....	22
2.1. Ethnographie des Spitals.....	22
2.2. Qualität der Pflege .....	26
2.3. Zugang zu Gesundheitsversorgung.....	35
2.4. Weitere Ansätze.....	38
2.4.1. Medizinischer Pluralismus.....	38
2.4.2. Drei Gesundheitssektoren.....	39
2.4.3. Kulturelle Faktoren und Krankheitskonzepte .....	41
2.4.4. Machtverhältnisse .....	43

3. Datengewinnung.....	45
3.1. Zugang zum Forschungsort .....	45
3.2. Forschungsmethoden.....	46
3.3. Informanten .....	48
3.3.1. Auswahl.....	51
3.3.2. Durchführung .....	54
4. Forschungskontext.....	58
4.1. Kamerun, ein kurzer historischer Abriss.....	58
4.2. Das Gesundheitswesen in Kamerun.....	60
4.3. Basler Mission und Presbyterian Church in Cameroon.....	65
4.4. Das „Waldland“ Südwestkameruns.....	68
4.4.1. Geographie und Klima .....	69
4.4.2. Gesundheitszustand und medizinische Versorgung .....	71
4.4.3. Sozio-politische Struktur .....	74
4.4.4. Wirtschaftliche Situation.....	76
4.5. Manyemen, Ort der Forschung .....	79
5. Medical Institutions Manyemen.....	82
5.1. Die Entstehung des Spitals in Manyemen.....	82
5.2. Aufbau und Organisation .....	84
5.3. Das Angebot des Spitals .....	89
5.4. Die Benutzung des Spitals .....	94
5.5. Schwierigkeiten und Vorteile.....	100
5.5.1. Infrastrukturelle Schwierigkeiten.....	100
5.5.2. Finanzielle Schwierigkeiten .....	101
5.5.3. Durch die Struktur bedingte Schwierigkeiten .....	103
5.5.4. Vorteile der MIM.....	105

6. Die Benutzer des Spitals.....	106
6.1. Krank werden – und was nun? .....	106
6.1.1. Vorstellungen über Erkrankungen.....	106
6.1.2. Entscheidungsfindung und die Referenzgruppe .....	107
6.1.3. Reaktion auf Erkrankung .....	108
6.2. Die Bedürfnisse der Benutzer .....	113
6.3. Das Spital aus Sicht der Benutzer.....	114
6.3.1. Personal .....	115
6.3.2. Kosten .....	117
6.3.3. Elektrizität, Wasser und verschmutzte Toiletten.....	118
6.3.4. Einrichtung und Medikamente .....	118
7. Diskussion: Die Qualität der Pflege .....	120
8. Anhang.....	135
8.1. Liste der durchgeführten Interviews .....	135
8.2. Charakterisierung der interviewten Benutzer .....	141
8.3. Herkunftsdörfer der Benutzer .....	153
8.4. Fotos aus der Forschung.....	158
9. Bibliographie .....	176
9.1. Veröffentlichte Werke .....	176
9.2. Unveröffentlichte Werke .....	186

## Graphikverzeichnis

Graph 1: Interviews.....	50
Graph 2: Auswahl.....	55
Graph 3: Anzahl stationärer Benutzer 2002 - 2007 .....	94
Graph 4: Jährliche Verteilung der Benutzer im 2007 .....	95
Graph 5: Das Alter der Benutzer 2007 .....	97
Graph 6: Das Geschlecht der Benutzer 2007 .....	98
Graph 7: Modell für die Suche nach einem Gesundheitsanbieter .....	122
Graph 8: Geschlecht der Befragten.....	141
Graph 9: Alter der Befragten.....	142
Graph 10: Zivilstand der Befragten.....	143
Graph 11: Konfession der Befragten .....	144
Graph 12: Lebenskosten der Befragten .....	146
Graph 13: Haushaltsgrösse .....	147
Graph 14: Status im Haushalt.....	148
Graph 15: Reisedauer zum Spital.....	149
Graph 16: Lokalität der Befragten .....	150
Graph 17: Patientenart.....	151
Graph 18: Besuchsanzahl der Befragten.....	151



## Karten- und Tabellenverzeichnis

Karte 1: Das Waldland (gelbe Fläche) in Südwest-Kamerun .....	69
Karte 2: Spitäler (blau) und Gesundheitszentren (rot) im Waldland.....	73
Karte 3: Umgebungsplan des Spitals Manyemen .....	85
Karte 4: Plan des Spitalareals .....	86
Karte 5: Das Einzugsgebiet des Spitals (mit Grösse der Dörfer) .....	91
Karte 6: Das Einzugsgebiet des Spitals (mit Herkunft der Benutzer).....	99
Karte 7: Interviewortschaften.....	140
Tabelle 1: Gegenüberstellung der Qualitätsdefinitionen und -kategorien.	32
Tabelle 2: Dimensionen von Qualität der Pflege.....	34
Tabelle 3: Auswahl von Medikamenten mit Preisvergleich .....	93
Tabelle 4: Liste der Interviews mit stationären Patienten .....	135
Tabelle 5: Liste der Interviews mit ambulanten Patienten .....	136
Tabelle 6: Liste der Interviews mit verschiedenen Patienten .....	137
Tabelle 7: Liste der Interviews mit potentiellen Patienten.....	137
Tabelle 8: Liste der Interviews mit Gesundheitsanbietern.....	139
Tabelle 9: Zivilstand pro Alter.....	143
Tabelle 10: Schulbildung nach Alter der Befragten.....	145
Tabelle 11: Häufigkeit der Erkrankungen.....	152
Tabelle 12: Herkunftsdörfer der Benutzer .....	153

## Abkürzungsverzeichnis

AIDS	=	Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom)
As	=	fünf bzw. sieben As des Konzeptes des Zugangs zu Gesundheitsversorgung
CEMAC	=	Communauté économique et monétaire de l'Afrique Centrale (Zentralafrikanische Wirtschafts- und Währungsgemeinschaft)
CFA	=	Franc de la Coopération Financière en Afrique Centrale (die Währung der CEMAC)
CHF	=	Schweizer Franken
CMA	=	Critical Medical Anthropology (Kritische Medizinanthropologie)
CMA/MHC	=	Centre Médical d'Arrondissement / Medicalised Health Centre (Gesundheitszentrum)
EM	=	Explanatory Model (Erklärungsmodelle)
HC	=	Health Centre (Gesundheitszentrum)
HIV	=	Humanes Immundefizienz-Virus
HRC	=	Hanseniasis and Rehabilitation Centre (früherer Name des Spitals in Manyemen)
MIM	=	Medical Institutions Manyemen (offizieller Name des Spitals in Manyemen)
NGO	=	Non-governmental organisation (Nichtregierungsorganisation)
PCC	=	Presbyterian Church in Cameroon (Presbyterianische Kirche von Kamerun)

PDPH	=	Privincial Delegate of Public Health (staatlicher Gesundheitsdelegierter auf Provinzebene)
PEP!	=	Professionals Exposure Program (ein Weiterbildungsangebot von mission 21)
PGCSS	=	Bureau de Coordination du Programme Germano-Camerounais de Sante / SIDA (Deutsch-kamerunisches Gesundheits- und HIV/AIDS-Programm )
PHC	=	Primary Health Care (medizinische Grundversorgung)
ROSCA	=	Rotating saving and credit association (rotierende Spar- und Kreditgruppe)
SIDA	=	Syndrome de l'Immunodéficience Acquisée (erworbenes Immundefektsyndrom)
TB	=	Tuberkulose
TMG	=	Therapy Management Group (Referenzgruppe bei Gesundheitsfragen)
WHO	=	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)



## Danksagung

Die Forschung und diese Arbeit hätten ohne Hilfe vieler nicht realisiert werden können. Ich möchte allen meinen Dank aussprechen, die in der einen oder anderen Weise zum Gelingen der Forschung und der Arbeit beigetragen haben.

Ein spezieller Dank geht an die Einwohner der Dörfer, die ich während meinen Befragungen besucht habe, und zwar für ihre Zusammenarbeit und Bereitschaft, mit mir über ihre Erkrankungen und ihr Privatleben zu sprechen. Ich bin dem ganzen Personal der Medical Institutions Manyemen zu Dank verpflichtet, das mich mit Geduld unterstützt hat.

Ich danke dem Synod Office der Presbyterian Church in Cameroon (PCC) in Buea, vor allem aber dem Health Services Secretary für sein Interesse und die Unterstützung. Ein besonderer Dank geht an mission 21 in Basel, der Kamerunprojektverantwortlichen Verena Ramseier, die mir grosses Vertrauen schenkte, und an die PEP! Verantwortliche Simone Mani.

Des Weiteren geht mein Dank an die Universität Zürich, an meinen Mentor Peter van Eeuwijk, der mich immer tatkräftig unterstützte, an meine Betreuerin Willemijn de Jong, an Michaela Pelican, die mir im Feld mit guten Ratschlägen beiseite stand, und an Cornelia Winterberger, die mich bei der Publikation tatkräftig unterstützte.

Schliesslich danke ich besonders Aleksandra Winterberger, die mir nicht nur während der sechsmonatigen Forschung assistiert hat, sondern mich in allen Bereichen unterstützte, sei es bei der Planung, der Durchführung, der Auswertung oder dem Schreiben der Arbeit.

### 1. Einleitung

Diese Arbeit verstehe ich als eine Ethnographie des Spitals Manyemen mit Fokus auf die Qualität der Pflege unter besonderer Berücksichtigung des Zugangs. Sie basiert auf der ethnologischen Forschung, die ich von Februar bis Juli 2008 in der Südwestprovinz (im anglophonen Gebiet) Kameruns durchgeführt habe. Hauptsächlicher Forschungsort war Manyemen mit seinem Spital, ein kleiner Ort, der sich mitten im bewaldeten Gebiet, 77 km von der nächsten Stadt entfernt, befindet. In der weiteren Umgebung von Manyemen habe ich die Interviews mit den Benutzern des Spitals durchgeführt und in Buea, der Hauptstadt der Südwestprovinz, und Yaounde, der Hauptstadt von Kamerun, habe ich Archivarbeit geleistet. Diese Forschung kam in Zusammenarbeit mit mission 21 zustande, die unter anderem das Spital in Manyemen finanziell und personell unterstützt. Das Interesse von mission 21 lag darin, Genaueres über die Qualität und die Benutzer des Spitals in Erfahrung zu bringen. Die Partnerorganisation von mission 21 in Kamerun ist die Presbyterianische Kirche von Kamerun (Presbyterian Church in Cameroon – PCC), deren Hauptsitz in Buea ist und welche Kirchen, Spitäler und Schulen vor allem in der Südwestprovinz und der Nordwestprovinz hat, also dem gesamten anglophonen Teil Kameruns. Die Forschung fand in enger Zusammenarbeit mit der PCC und darin vor allem mit dem Gesundheitsdienst statt.

#### ***1.1. Forschungsgegenstand***

Die Unterstützung von mission 21 kam durch ihr Interesse an einer Untersuchung des Spitals in Manyemen zustande. Das Spital hat seit einigen Jahren rückläufige Patientenzahlen, und dieser Rückgang kann

nicht auf den besser werdenden Gesundheitszustand der Bevölkerung zurückgeführt werden. Deshalb wurde der gesamte Gesundheitsdienst der PCC im Jahr 2005 evaluiert. Die technische Qualität der Gesundheitseinrichtungen kann durch eine solche Evaluation zwar gut erforscht werden, eine Bewertung der Qualität der Pflege durch das Urteil der Benutzer bringt aber bessere – wenn nicht sogar die einzigen – Ergebnisse in Bezug auf die Arzt-Patienten-Kommunikation, die Gesundheitsaufklärung und auf eine würde- und respektvolle Behandlung der Benutzer zutage (Cleary 2003: 33). Meine Forschung ergänzt somit die oben genannte Evaluation, denn die Sicht der Nutzer sowie ihre Bedürfnisse und Vorgehensweisen in Bezug auf Krankheit wurden bis jetzt nicht systematisch erforscht. Meine Forschung begrenzt sich auf das Spital in Manyemen und seine Benutzer, die Ergebnisse können somit nicht in Bezug auf andere Spitäler oder deren Benutzer angewendet werden, zu sehr unterscheidet sich unter Umständen die geographische, klimatische, soziale und finanzielle Situation der Benutzer.

Zeitlich beschränkt sich diese Arbeit auf das Jahr 2007. Mir ist es wichtig, Erfahrungen von Benutzern zu verwenden, die nicht nur verschieden geschlechtlich und verschieden alt sind, aus verschiedenen Gebieten stammen und an verschiedenen Krankheiten leiden, sondern auch von Benutzern, deren Besuche in verschiedene Jahreszeiten fielen, also in die Regen- bzw. Erntezeit und in die Trocken- bzw. Feldarbeitszeit. Die Befragungen habe ich somit ausschliesslich mit Benutzern durchgeführt, die im Vorjahr das Spital besucht haben. Die Forschung selbst fand, wie bereits erwähnt, in der ersten Hälfte des Jahres 2008 statt. Wie mir Informanten bestätigen konnten, war die Situation des Spitals im 2007 eine ganz ähnliche.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Während meiner Forschungszeit habe ich einen Vorfall miterlebt, den ich in dieser Arbeit ganz ausblende, weil er so im 2007 nicht passiert ist. Und zwar hat das Verhalten des

### ***1.2. Forschungsfragen***

Meine Fragestellung für die Forschung lautete: Wie sieht aus der Sicht der Benutzer die Qualität des kurativen Angebotes des Spitals in Manyemen aus? Und wie reagieren die Menschen um Manyemen auf eine Erkrankung?

Den Fokus richtete ich zwar auf das Spital in Manyemen, die anderen Gesundheitsanbieter wurden deshalb aber nicht ausgeblendet, sondern bewusst miteinbezogen. Auch habe ich mich nicht ausschliesslich auf die Sicht der Patienten beschränkt, sondern auch die Angebotsseite beleuchtet. Zentrale Fragen waren also auch: Was sehen die Anbieter als ihre Aufgabe an? Und welche Dienste bieten sie an?

Die Forschungsfrage hat sich während meines Feldaufenthaltes soweit verändert, als dass ich nicht mehr der Frage nachging, was der Grund für die sinkenden Patientenzahlen waren. Denn es hat sich in den ersten Wochen meines Aufenthaltes abgezeichnet, und die Statistiken konnten mir das bestätigen, dass der Patientenrückgang fast ausschliesslich am Vorhandensein von guten Spitälern in den Städten rund um Manyemen liegt, die viel besser zu erreichen sind. Auch hat sich der Schwerpunkt meiner Fragestellung etwas erweitert. Neben der Frage nach der Qualität des Spitals aus Sicht der Patienten und aus Sicht der Gesundheitsanbieter wurden die Wahl des Gesundheitsangebotes und vor allem das Verhalten der Menschen im Falle von Krankheit für meine Forschung wichtig.

---

Oberarztes den Unmut des Gesundheitsdienstes der PCC nach sich gezogen, vorauf er transferiert wurde. Diese Ereignisse hatten zur Folge, dass das Spital für knapp zwei Monate ohne Arzt war und die Spitalmitarbeiter für mehr als drei Monate keinen Lohn erhielten.



### ***1.3. Forschungslage und Literatur***

Kamerun ist im Allgemeinen ein ethnologisch gut erforschtes Land, vor allem das in der Nordwestprovinz liegende Grasland. Zum Gebiet südlich des Graslandes gibt es jedoch kaum Literatur (Koloss und Homberger 2008: 13-14). Zu den wenigen aktuellen Forschungen, die es von der Südwestprovinz gibt, zählen die Arbeiten von Geschiere (2001; 2006; Fisiy und Geschiere 1991), Niger-Thomas (1995) und Rösenthaller (1993; 1999; 2000; 2004a; 2004b; 2004c; 2006). Geschieres thematischer Schwerpunkt liegt in der Religion und darin besonders in der Hexerei, auch Rösenthaller beschäftigt sich damit, neben Themen der Kunst und der Geschichte. Niger-Thomas schliesslich schreibt über ökonomische Aspekte der Gesellschaft. Die Werke dieser drei AutorInnen verwendete ich nur beschränkt für diese Arbeit, sie kamen vor allem im Kapitel über den Forschungskontext zum Tragen.

Für den thematischen und theoretischen Hintergrund griff ich auf medizinethnologische Arbeiten zurück, die unter anderem aus Forschungen in Bangladesch (Zaman 2004), Ghana (van der Geest und Sarkodie 1998; van der Geest 2003), Mexiko (Finkler 2004), Simbabwe (Bassett, Bijlmakers und Sanders 1997), im ehemaligen Zaire (Janzen 1978; 1987; 2002) und vor allem in Europa (Blumenthal 1996; Brook, McGlynn und Cleary 1996; Wind 2008) und den USA (Campbell, Roland und Buetow 2000; Steffen 1988) entstanden. Literatur zum neueren Konzept der Ethnographie des Spitals habe ich aus den drei bisher erschienen Zeitschriftenausgaben dazu (van der Geest und Finkler 2004; Finkler, Hunter und Iedema 2008; Long, Hunter und van der Geest 2008). Für das Konzept der Qualität der Pflege stützte ich mich vor allem auf Campbell, Roland und Buetow (2000) und Müller und Thielhorn (2000), die auf den Arbeiten von Donabedian (1966; 1980) aufbauen, denn Donabedian ist in

der Pflegequalitätsdebatte wegweisend. Bei der Beschreibung des Konzeptes des Zugangs zu Gesundheitsversorgung hielt ich mich an Chopard (2008). Er ist zwar nicht zentral in dieser Debatte, hat aber das Konzept und die Akteure konzis zusammengefasst, was für meine Arbeit sehr von Nutzen war. Die Arbeiten von Autoren wie Helman (2007), Janzen (2002), Kleinman (1980), Lux (2003) und Strathern und Stewart (1999) dienten mir schliesslich für die theoretische Einbettung.

### ***1.4. Begriffserklärung***

Zum Verständnis der Arbeit sind folgende Punkte wichtig: Wenn ich vom „Spital“ schreibe, dann meine ich das PCC Spital in Manyemen, dessen korrekter Name Medical Institutions Manyemen (MIM) ist. Mit dem „Westen“ meine ich vor allem Europa und die USA. Der Begriff wird also nicht im geographischen Sinne verwendet, sondern bezieht sich vielmehr auf die politische Konstellation und die kulturellen Ausprägungen. Und ich schreibe jeweils in der männlichen Form, genauso aber ist die weibliche Form impliziert.

Die Begriffe „traditionelle Heilkunde“ und „traditioneller Heiler“ verwende ich in der vorliegenden Arbeit in Abgrenzung zur Biomedizin und den schulmedizinisch Praktizierenden. Ich nenne hier also alle Personen „traditionelle Heiler“, die Kranke behandeln und sich dabei nicht auf die westliche Biomedizin oder andere spezialisierten Medizinsysteme wie chinesische Medizin, Ayurveda etc. beziehen. Für die in Europa entstandene Schulmedizin brauche ich den in der Ethnologie üblichen Begriff „Biomedizin“ (wie auch Greifeld 2003: 13; und Baer, Singer und Susser 2003: 11).

Der Patient oder genauer der Empfänger von Leistungen der Gesundheitsversorgung hat je nach Publikation verschiedene Namen. Er

wird als Kunde, Klient oder Patient bezeichnet (Müller und Thielhorn 2000: 26). Ich werde in dieser Arbeit den Begriff „Benutzer“ verwenden, da ich damit den denkenden, Entscheidungen fällenden und handelnden Akteur hinter dem Patienten hervorheben will.

Alle Preise sind in CFA (Franc de la Coopération Financière en Afrique Centrale) angegeben, der Währung der Zentralafrikanischen Wirtschafts- und Währungsgemeinschaft (CEMAC), zu der auch Kamerun gehört. Der Wechselkurs zum Euro ist fixiert und zwar bei 1 EUR = 655,957 CFA. Zur Zeit der Forschung war 1 CHF ca. 410 CFA wert. Die Nummern in Klammern hinter den Interviewziten bedeuten die Nummer des Interviews wie im Anhang 8.1. ab Seite 135 aufgeführt. Und die Namen der interviewten Personen benutze ich so, dass sie nicht zurückverfolgt werden können, das gilt vor allem für die zwei Beispiele in Kapitel 6.1. über das Krankheitsverhalten der Benutzer. In der Liste der durchgeführten Interviews im Anhang verzichte ich auf jegliche Namen.

#### **1.4.1. Begriffspaar Krankheit-Gesundheit**

Der Begriff Krankheit und sein Gegenstück Gesundheit sind wichtige Konzepte der Medizinethnologie. Die biomedizinische Definition und die der WHO (Weltgesundheitsorganisation) sind für die Arbeit mit und über nicht westliche Gesellschaften unstimmt, weil sie von einer christlichen Konzeption des Menschenbildes ausgehen (Greifeld 2003: 20-21). Kleinman (1980) setzt voraus, dass Krankheit und Gesundheit kulturelle Konstruktionen sind und sehr vom Kontext abhängen. Er postuliert einen emischen Ansatz von Krankheit und Gesundheit, in dem er Krankheit präzisiert. Erkrankung (*sickness*) ist darin der Oberbegriff von Kranksein und Krankheit. Der emische Begriff Kranksein (*illness*) bezeichnet ein subjektives und kulturelles Konzept von Erkrankung. Kranksein bezieht sich also auf das subjektive Erleben einer Krankheit und auf die

## 1. Einleitung

---

Wahrnehmung von Krankheit in einem spezifischen kulturellen Kontext. Der etische Begriff Krankheit (*disease*) bezeichnet ein objektives und naturwissenschaftliches Konzept von Erkrankung. Krankheit bezieht sich somit auf ein westlich-biomedizinisches Vorstellungsmodell und meint Gesundheitsstörungen, die durch definierte Symptome und Befunde zugeordnet werden können (Helman 2007: 121-123 und 126). Ein biomedizinisch ausgebildeter Arzt sieht in einer Erkrankung die medizinische Krankheit, die er zu kurieren versucht. Er orientiert sich an den Anzeichen. Der Patient hingegen richtet sich an den Symptomen aus, die er hat (Lux 2003: 158-166). Krankheit und Kranksein können sich decken, müssen aber nicht. Ein Patient kann über Rückenschmerzen klagen, ohne dass der Arzt eine Krankheit entdecken kann. Umgekehrt kann der Arzt hohen Blutdruck oder Diabetes diagnostizieren, ohne dass der Patient sich krank fühlt. Dem Gegensatzpaar Krankheit – Kranksein entspricht wiederum das Paar Kurieren – Heilen (Strathern und Stewart 1999: 191-193).

Für Gesundheit gibt es viele verschiedene Definitionen je nach Individuum, familiärem Hintergrund, kultureller Gruppe oder sozialer Klasse. Ähnlich der Definition von Kranksein und zu einem gewissen Grad auch der von Krankheit ist die Definition von Gesundheit sehr kontextabhängig. Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Kranksein, sie ist viel mehr auch ein multidimensionales Konzept, das physische, psychologische, soziale und geistige Gesundheit beinhaltet (Helman 2007: 126-127).

### 1.4.2. Begriff Medizinsystem

Die Definition von Medizin geht auf Rivers (1924: 4) zurück und lautet folgendermassen: „Medicine [...] is a term for a set of social practices by which man seeks to direct and control a specific group of natural

phenomena [...] which lower his vitality and tend towards death.“ Deutlich ist die soziale Dimension dieser Definition von Medizin, die entsprechend den Konzepten von Gesundheit und Krankheit typisch für den Begriff Medizinsystem ist, wie er in der Ethnologie Verwendung findet. So beschreiben auch Baer, Singer und Susser (2003: 8) ein Medizinsystem wie folgt: “...all human societies create medical systems of one sort or another. All medical systems consist of beliefs and practices that are consciously directed at promoting health and alleviating disease. Medicine in simple preindustrial societies is not clearly differentiated from other social institutions such as religion and politics.” Sie betonen, dass jedes Medizinsystem ein separates System zur Erklärung von Erkrankungen und ein System zur Behandlung von Krankheiten hat. Das System der Krankheitstheorie beinhaltet Konzepte von Gesundheit und Erklärungsmodelle für Krankheit. Das Gesundheitsversorgungssystem bezieht sich auf die sozialen Beziehungen, die zwischen den Erkrankten und den Ärzten oder Heilern bestehen (Baer, Singer und Susser 2003: 9).

### ***1.5. Gliederung der Arbeit***

In Kapitel 2 setzte ich mich mit dem theoretischen Hintergrund meiner Arbeit auseinander. Es wird um die Konzepte der Qualität der Pflege, der Ethnographie des Spitals und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung gehen.

Kapitel 3 handelt von der Methodologie der Forschung. Ich werde erklären, wie mein Zugang zum Feld war und welche Methoden für meine Forschung hilfreich waren. Ein zentraler Punkt soll die Auswahl der interviewten Personen sein, da sie den grössten Teil der Informationen für diese Arbeit lieferten.

## 1. Einleitung

---

Kapitel 4 beleuchtet den Forschungskontext. Auf Kamerun als Ganzes gehe ich nur soweit ein, als es mir für diese Arbeit wichtig erscheint. Genauer soll das Gesundheitswesen dieses Landes untersucht werden, da es auch auf das Spital Manyemen einen Einfluss hat. Ebenso einflussreich ist die Presbyterianische Kirche von Kamerun, die das Spital leitet. Basierend auf meinen Ergebnissen wird das Unterkapitel über das Waldland im Südwesten etwas ausführlicher, da es zu diesem Gebiet in der ethnologischen Fachliteratur nur wenig zu finden gibt. Untersucht wird die geographische, medizinische, sozio-politische und wirtschaftliche Situation, da diese für die Benutzer des Spitals in Manyemen ausschlaggebend ist. Am Schluss des vierten Kapitels wird das Dorf Manyemen genauer vorgestellt.

Kapitel 5 handelt vom Spital in Manyemen. Nach der Beschreibung des Hintergrundes und der Entstehung gehe ich auf die heutige Situation des Spitals ein, unter anderem auf die Organisation und das Angebot. Der Fokus wird im Weiteren auf den Vorteilen, aber vor allem auf den Schwierigkeiten des Spitals liegen und zwar in struktureller, finanzieller und infrastruktureller Hinsicht.

In Kapitel 6 behandle ich die Benutzer des Spitals. Es geht dabei um folgende Fragen: Wie verhalten sich krank gewordene Personen? Gibt es Vorstellungen von Krankheit, die verallgemeinert werden können? Welche Strategien wenden Benutzer im Falle einer Erkrankung an? Was sind die Bedürfnisse der Benutzer und wie ist ihre Sicht auf die MIM? Das letzte Unterkapitel behandelt die Benutzung des Spitals in Manyemen.

Die Arbeit schliesst mit der Diskussion zu Qualität der Pflege ab. Darin werden meine Forschungsergebnisse mit den Arbeiten, die im theoretischen Teil erwähnt wurden, verbunden.

Ein paar Sätze möchte ich noch zum Thema HIV/Aids anfügen. Es mag verwunderlich sein, dass in einer Arbeit zu Gesundheit und Krankheit in

einem Land wie Kamerun kein Kapitel über HIV/Aids zu finden ist. Der Grund ist der, dass ich die Qualität der Pflege im Spital im Hinblick auf alle Krankheiten untersuchen wollte und auch versuchte, die Handlungsweisen und Bedürfnisse der Benutzer unabhängig von der Erkrankung zu untersuchen. Eine Erkenntnis der Forschung war, dass die Bewohner der Umgebung von Manyemen die Krankheit HIV/Aids sowohl vor der Diagnose als auch oft noch danach wie jedes andere Kranksein betrachten. Denn der Krankheitsverlauf – nicht die Symptome – von HIV/Aids ist ähnlich wie beispielsweise der von Malaria. Wer mit Malaria infiziert wird, geht nach Ausbruch der Krankheit in Behandlung und erhält Medikamente. Nach deren Einnahme verschwindet die Malaria ein paar Tage später. Da nun aber Malaria in Kamerun endemisch auftritt, dauert es bis zur nächsten Infektion meist nicht lange. Wieder geht die betroffene Person in Behandlung und erhält Medikamente. Bei einer HIV/Aids Infektion wird auch dann reagiert, wenn Symptome auftreten. In der Behandlung erhält die erkrankte Person Medikamente zur täglichen Einnahme auf unbeschränkte Zeit. Nachdem aber die Symptome verschwunden sind, werden die Medikamente aus Kostengründen abgesetzt. Die Einnahme wird erst dann wieder fortgesetzt, wenn die Symptome der Krankheit wieder auftreten – natürlich eine sehr schädende Praxis. Das Beispiel zeigt, dass das Thema HIV/Aids nicht separiert von den anderen Krankheiten betrachtet werden kann, da sich aus emischer Perspektive das Kranksein HIV/Aids mit dem Kranksein anderer Krankheiten decken kann. Auch ist die Todesrate von Malaria nicht kleiner als die von HIV/Aids, vor allem wenn man die Sterblichkeitsrate von Kleinkindern mit einbezieht.

## 2. Theoretischer Hintergrund

### *2.1. Ethnographie des Spitals*

Das Konzept der Ethnographie des Spitals ist ein relativ neues. Es wurden zwar schon in den 80er Jahren und früher Arbeiten über Spitäler geschrieben, sie hatten aber kaum die Erscheinungsform und die Funktion der Spitäler zum Thema. Im 2004 erschien dann in der Zeitschrift *Social Science & Medicine* eine Spezialausgabe zum Thema Ethnographie des Spitals mit acht Beiträgen (van der Geest und Finkler 2004). Es folgten 2008 eine Ausgabe von *Journal of Contemporary Ethnography* und eine von *Anthropology & Medicine*. Die Ausgabe von *Journal of Contemporary Ethnography* umfasst fünf Beiträge unter dem Titel „What Is Going on? Ethnography in Hospital Spaces“ (Finkler, Hunter und Iedema 2008). Die Ausgabe der Zeitschrift *Anthropology & Medicine* mit ebenfalls fünf Beiträgen entstand aus der Jahreskonferenz 2006 der *Australian Anthropological Society*, an der der grösste Teil der Beiträge über Ethnographien handelte, die in Spitälern durchgeführt wurden (Long, Hunter und van der Geest 2008: 74).

Das Konzept der Ethnographie des Spitals geht davon aus, dass die Spitäler der Welt nicht identische Klone voneinander sind, sondern dass jedes Spital eine eigene Identität und Dynamik besitzt, die ethnographisch erforscht werden kann. Des Weiteren ist das Spital als die sichtbarste Form der Biomedizin eine Domäne, in der zentrale Werte und Anschauungen einer Gesellschaft sichtbar werden (van der Geest und Finkler 2004: 1996).

Historisch gesehen haben die Spitäler ihren Ursprung in gemeinnützigen und religiösen Institutionen, die sich um die Armen gekümmert haben



(Finkler, Hunter und Iedema 2008: 246). Die Geburt der modernen Klinik kann jedoch an einem Ort im Europa des 19. Jahrhunderts festgemacht werden (Foucault 1988: 9-10). Anstatt aber immer identisch zu sein, hat die Diffusion der Biomedizin die Spitäler in der ganzen Welt vielfältig werden lassen. Finkler (2004) zeigt am Beispiel eines mexikanischen Spitals auf, dass viel lokales Gedankengut bei den Behandlungen zum Tragen kommt. Die Ärzte der untersuchten Spitäler haben zwar alle eine biomedizinische Ausbildung genossen, die mit einer Ausbildung in den USA gleichgesetzt werden kann. Beim ätiologischen Verständnis, der Diagnose und vor allem bei der Behandlung lassen sich die Ärzte jedoch von ihrem mexikanischen Hintergrund leiten. Traditionelle Behandlungsmethoden kamen auch dann vor, wenn sich der Benutzer keine teure biomedizinische Behandlung leisten konnte. Finkler spricht von einer mexikanisierten Biomedizin, welche bestimmte Aspekte von Biomedizin enthält, die auf der ganzen Welt so anzutreffen sind, und andere, die in einer kulturellen Art neu interpretiert werden (Finkler 2004: 2048). Auch Zaman kann aufzeigen, dass ein Spital nicht eine isolierte Subkultur ist, sondern eher ein Mikrokosmos einer grösseren Gesellschaft, von der es ein Teil ist (2004: 2026). In seiner Forschung in einem Spital in Bangladesch findet er unter anderem folgende Dimensionen der Gesellschaft, die sich im Spitalleben widerspiegeln: Die gesellschaftliche Hierarchie, die Wertstellung der Familie, die Verbreitung von Gewalt und die Unsichtbarkeit der Frauen im Alltag (Zaman 2004: 2032-2035).

Beim Konzept der Ethnographie des Spitals geht es aber nicht nur um Ethnographien über Spitäler, sondern auch um Ethnographien in Spitälern über Benutzer. Wie beispielsweise ein Spitalaufenthalt von den Benutzern erlebt wird hat Lupton (2003: 101-105) untersucht. Und van der Geest (2005) schreibt in einem interessanten Artikel über die Zusammenhänge eines Spitals mit Magie und Religion. Diese

## 2. Theoretischer Hintergrund

---

Zusammenhänge beginnen bei kleinen Handlungen mit rituellem Charakter, die vom Personal ohne medizinische Notwendigkeit durchgeführt werden, und gehen über zur Unterscheidung der Dichotomie sauber und dreckig in Operationssälen, so wie es auch in vielen magischen Ritualen und Religionen die Dichotomie rein und unrein gibt. Schliesslich weist van der Geest auf den Umstand hin, dass der Biomedizin und damit den Spitälern und Ärzten teilweise blindes Vertrauen und blinder Glaube geschenkt wird, die in grosse Hoffnungen übergehen, so wie das im Falle der Religionen und der Magie vorkommt. Benutzer können so den Spitalaufenthalt als einen Teil eines religiösen Erlebnisses sehen (Mulemi 2008: 130).

Ein dominanter und wichtiger Aspekt des Spitalethnographie-Konzeptes ist der methodologische. Der Zugang zu einem Spital als Forscher kann unter Umständen noch viel schwieriger sein als der Zugang in anderen Forschungen. Zutritt zu erhalten ist vor allem in westlichen Spitälern schwierig. Im Gegensatz dazu wird die Privatsphäre in afrikanischen und asiatischen Spitälern nicht so beachtet, und die Benutzer haben weniger Rechte und Freiheiten (van der Geest und Finkler 2004: 1999; van der Geest und Sarkodie 1998: 1378-1379). Der Zugang zu nicht westlichen Spitälern kann folglich einfacher sein, muss er aber nicht, wie Inhorn betont. In ihrer Forschung in einem Spital im Mittleren Osten hatte sie mit zwei Hindernissen zu kämpfen: Erstens mit der Machtausübung der Spitalleitung, die ihr als Forscherin den Zugang zum Spital und zu den Benutzern limitierte, und zweitens mit dem Unwillen der Benutzer selbst, mit ihr über sehr Privates zu sprechen. Sie fand heraus, dass sie einfacher Zugang zu staatlichen und universitären Spitälern erhielt, da diese an Forschungen interessiert oder gewohnt waren. Auch die Benutzer dieser Spitäler zeigten sich kooperativer. In privaten Spitälern war man hingegen nicht bereit, der Forschung von Inhorn entgegenzukommen. Die

Erlaubnis zur Forschung hing von mächtigen Einzelpersonen ab, z.B. von privaten Spitalbesitzern oder von Klinikdirektoren, die kaum Verständnis dafür zeigten (Inhorn 2004: 2096-2097 und 2106-2107).

Bei einer Forschung mit kranken, teilweise sogar sterbenden Personen stellt sich zusätzlich die Frage, wie weit der Forschende überhaupt die Untersuchten verstehen und ihre Situation nachvollziehen kann. Es gibt drei mögliche Rollen in einem Spital, die ein Forscher einnehmen kann: die des Spitalpersonals, die des Besuchers und die des Patienten (van der Geest und Finkler 2004: 1998). Die Rolle des Personals ist nicht unbedingt geeignet, da es von den Patienten oft als zur anderen Seite gehörig angesehen wird, mit der man nicht alle Erfahrungen teilen möchte. Als Besucher hat der Forscher zwar persönlicheren Kontakt mit den Benutzern, ihm bleiben aber viele Bereiche der Pflege verschlossen. In der Rolle als Patient kann sich der Forscher am ehesten in die Situation der Erforschten einfühlen (van der Geest 2007: 14-17). Es gibt ein paar wenige Beispiele von Ethnologen, die ernsthafter krank wurden und aus der Not eine Tugend machten, indem sie während ihrer Krankheit Forschung betrieben, z.B. Nijhof (2001 zitiert in van der Geest 2007: 16-17). Sonst bleibt dem Forscher nur die Simulation. Van der Geest und Sarkodie (1998) haben ein Experiment in einem ghanesischen Spital durchgeführt, bei dem Sarkodie fünf Tage als Patient eingeliefert war, um die anderen Benutzer untersuchen zu können – das Personal wusste vom Experiment. Neben den ethischen Bedenken, die das Experiment hervorrief, hat es nur wenige Informationen hervorgebracht, die nicht auch mithilfe anderer Methoden hätten gewonnen werden können. Ausserdem stellt sich die Frage, inwieweit Sarkodie die anderen Benutzer verstehen konnte, die ja wirklich krank waren, weniger Geld zur Verfügung hatten und vom Personal nicht bevorzugt behandelt wurden. Van der Geest kommt zum Schluss, dass der stetige und aufrichtige

Versuch teilzunehmen die einzige Option des Forschers ist. Schliesslich ist die Stärke des ethnologischen Ansatzes „not that it can pride itself of capturing exactly what the other experiences. Its strength, rather, lies in its modesty and in the awareness of the incompleteness of the attempt“ (van der Geest 2007: 18).

Wind (2008) schlägt deshalb vor, im Rahmen der Spitalethnographie nicht von teilnehmender Beobachtung zu schreiben, sondern von *negotiated interactive observation*, also von interaktiv ausgehandelter Beobachtung. Sie meint damit, dass der Forscher weder Teilnehmender sein kann noch passiver Beobachter ist, denn er steht immer in Interaktion mit den Erforschten, für die er ebenso Objekt ihrer Interpretation ist. Der Erfolg der Forschung hängt also stark von den Erforschten ab. Somit ist er während der Forschung mit ihnen immer in Interaktion, die er ständig neu aushandeln muss (Wind 2008: 84-86).

Weitere Themen, die mithilfe des Konzeptes der Spitalethnographie behandelt werden, sind unter anderen die ethische Verantwortung des Forschenden (Tinney 2008), Vertraulichkeit und Pseudonyme in den Publikationen (van der Geest 2003), Entscheidungsfindung des Spitalpersonals (Vermeulen 2004) und nicht informierte Benutzer verglichen mit „Expertpatienten“ (Shaw und Baker 2004).

### **2.2. Qualität der Pflege**

Während die Zufriedenheit der Benutzer mit Pflegequalität ein gut untersuchtes Konzept der Medizin ist, gibt es weitaus weniger Arbeiten zur Qualität der Pflege aus Sicht der Benutzer. Bis in die 90er Jahre wurden nur ein paar wenige Messinstrumente dafür entwickelt – ganz im Gegenteil zu den zahlreichen und differenzierten Messinstrumenten zur Patientenzufriedenheit (van Campen et al. 1995: 110). Nach van Campen

et al. (1995: 110-111) hängt die Benutzerzufriedenheit mit der Qualität der Pflege eng zusammen: Die Qualität der Pflege ist ein wichtiger Bestandteil der Benutzerzufriedenheit, die wiederum einer der 26 Indikatoren der Qualität der Pflege ist, die van Campen et al. (1995: 132-133) lokalisiert haben. Die Zufriedenheit der Benutzer kann aber nur ein Indikator unter vielen sein und soll nicht mit Qualität der Pflege gleichgesetzt werden, denn die „hohe Subjektivität und die individuelle Variabilität von zufriedenheitskonstituierenden Faktoren lassen die Erhebung von direkten Zufriedenheitsäußerungen als kontinuierliches Messinstrument für den Unternehmenserfolg ungeeignet erscheinen. Eine auf Zufriedenheit bezogene Bewertung von Prozessen durch die Patienten hat wenig Aussagekraft, weil letztlich unklar bleibt, welche Aspekte im Einzelnen bewertet wurden“ (Müller und Thielhorn 2000: 82).

Der Begriff Qualität der Pflege ist weit und sehr dehnbar. Je nachdem, in welchem Kontext und von welchem Blickwinkel aus der Begriff benutzt wird, sind andere Definitionen möglich und legitimiert (Blumenthal 1996: 892). Wie eine Studie in Simbabwe gezeigt hat (Bassett, Bijlmakers und Sanders 1997), kommen ganz andere Resultate zustande wenn das Personal befragt wird, als wenn man die Benutzer fragt.<sup>2</sup> Es gibt dabei kein richtig oder falsch: Die Vorgehensweise zur Bestimmung von Qualität richtet sich nach dem Zweck, für den die Informationen gesammelt werden (Brook, McGlynn und Cleary 1996: 966-968). In dieser Arbeit ist ein Begriff von Qualität gemeint, der mehrere Dimensionen umfasst. Applebaum, Straker und Geron beschreiben Qualität – im Unterschied zu Zufriedenheit – als eindimensional: Sie beziehen sich auf

---

<sup>2</sup> Für die Angebotsseite sind die Kriterien der Pflegestruktur und des Pflegeprozesses für die Qualität der Pflege essentiell, während für die Benutzer das Ergebnis und die Zufriedenheit wichtig für die Qualitätsbeurteilung sind. Selbstverständlich gibt es noch weitere Sichtwinkel, so zum Beispiel die Sicht der Geldgeber, für die etwa Effizienz und Kosten Qualitätsindikatoren sind (Applebaum, Straker und Geron 2004: 110-111).

## 2. Theoretischer Hintergrund

---

einen wesentlichen Bestandteil einer Dienstleistung (2004: 39). Der in vorliegender Arbeit verwendete Qualitätsbegriff ist umfassender, da er beispielsweise nicht nur die Qualität der medizinischen Pflegeleistung im Spital berücksichtigt, sondern genauso andere Faktoren wie die Wartezeiten oder die Freundlichkeit des Personals. Des Weiteren werden auch Faktoren impliziert, die vom Spital selbst nicht beeinflussbar sind, wie zum Beispiel der Strassenzustand. Für die Bewertung der Qualität der Pflege wird sowohl die Angebots- als auch die Benutzerseite miteinbezogen, der Hauptfokus meiner Arbeit liegt jedoch auf der Benutzerseite.

Genauso wie das Konzept der Pflegequalität viele Anschauungsmöglichkeiten und Aspekte hat, so vielfältig sind auch die Definitionen dieses Konzeptes. Das beginnt schon bei der Bestimmung des Begriffes „Qualität“, was ein nicht einfaches Unternehmen ist.<sup>3</sup> Steffen (1988) legt dar, dass Qualität ein Wort ist, das Vorlieben und Prioritäten beinhaltet. Qualität ist aber nicht Beschaffenheit, Ziel oder Zweck von etwas (in diesem Falle von Pflege), sondern Qualität ist die Leistungsfähigkeit oder die Kapazität von etwas, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Die Qualität ist gemäss dieser Auffassung also sehr von den Zielen und Vorstellungen, die in Bezug zu einer Sache vorhanden sind, abhängig. Aufgrund verschiedener Ziele und Vorstellungen (z.B. der Angebotsseite und der Benutzer) fällt auch die Meinung über die Qualität von ein und derselben Sache anders aus. Es kann argumentiert werden, dass das Ziel des Pflegepersonals und der Benutzer dasselbe ist, nämlich die Erkrankung zu heilen. Das ist auch tatsächlich *eines* der Ziele, es gilt aber noch einige andere nichtmedizinische Ziele der Benutzer zu berücksichtigen. Für eine hohe Qualität der Pflege müssen das

---

<sup>3</sup> Pirsig (2003) beispielsweise hat die Definierung von Qualität bis zum Exzess getrieben, eine allgemein gültige Definition konnte er aber nicht finden.

Pflegepersonal und die Benutzer ihre Ziele, Vorstellungen und Erwartungen gegenseitig kennen, was unter Umständen schwierig sein kann, da die Benutzer sich oft über ihre eigenen Ziele nicht im Klaren sind (Steffen 1988: 56-59).

Müller und Thielhorn definieren Qualität der Pflege wie folgt (2000: 58-59):

„Für eine patientenorientierte Bestimmung von Pflegequalität ist ein ausschliesslich professionsorientierter Ansatz nicht ausreichend. Vielmehr gilt es, *objektive* Qualität, die das Ergebnis messbarer, überprüfbarer Eigenschaften anhand zuvor festgelegter Standards und Richtlinien ist, mit *subjektiver* Qualität, die auf der Grundlage individueller Wahrnehmungen beruhen, zu verbinden (Erkert 1991). Das Institute of Medicine der National Academy of Science der USA liefert eine Definition von Qualität gesundheitlicher Versorgung, die auf die Pflegequalität anwendbar erscheint: „Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge“ (zit. nach Klemperer 1996: 22). Bei dieser Definition steht nicht alleine das professionelle Handeln im Mittelpunkt. Qualität richtet sich gleichermassen nach den von den Patienten erwünschten Ergebnissen, die allerdings wiederum im Einklang mit dem professionellen Erkenntnisstand stehen sollen. Die Ausrichtung von Pflege an von den Patienten erwünschten Resultaten bezüglich ihres Gesundheitszustandes bedeutet, dass Qualität nur im Rahmen enger Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Patienten entsteht und evaluiert werden kann. [...]

Die Bestimmung von Pflegequalität ist von den verschiedenen Zielen der Patienten, der Berufsgruppen, der Institutionen des Gesundheitssystems sowie von gesellschaftlichen Wertvorstellungen und Präferenzen abhängig. Ein patientenzentrierter Ansatz der Qualitätssicherung integriert die Erwartungen oder Vorstellungen von Patienten in die Gesundheitsleistungen. Leistungen werden auch danach

## 2. Theoretischer Hintergrund

---

beurteilt, inwieweit sie von denjenigen akzeptiert werden können, an denen sie erbracht werden (Calnan 1998). Für die Bestimmung der Pflegequalität ergeben sich folgende Konsequenzen: Einige Qualitätsdimensionen können nur aus der Perspektive des Patienten beurteilt werden (zum Beispiel Freundlichkeit, Zuverlässigkeit, Bedürfnisorientierung), während andere durch die Pflegenden selbst zu bewerten sind (zum Beispiel Einhaltung von professionellen Standards). Schliesslich lassen sich bestimmte Dimensionen nur aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive einschätzen (zum Beispiel Wirksamkeit sozialgesetzgeberischer Massnahmen, Zugangsmöglichkeiten, Höhe des Budgets).“

Für den systematischen Gebrauch des Konzeptes der Qualität der Pflege wird auf Donabedian (1966; 1980) zurückgegriffen, dessen Terminologie und Systematisierung qualitätsrelevanter Aussagen international wie berufsgruppenübergreifend anerkannt ist (Müller und Thielhorn 2000: 59). Nach Donabedian (1966; 1980) lässt sich die Qualität der Pflege in drei Kategorien gliedern:

- *Structure*

Mit Struktur werden relativ konstante Eigenschaften und Rahmenbedingungen der Angebotsseite bezeichnet, also die Mittel und Ressourcen, die einem Gesundheitsanbieter zur Verfügung stehen, um die Benutzer zu behandeln. Dazu zählt die Art, Anzahl und Qualifikation des Personals, die Art und der Umfang der medizinischen Einrichtung, die zeitliche und räumliche Zugänglichkeit und die Organisation des Gesundheitsanbieters. Die Strukturen eines Gesundheitsanbieters können nicht mit Qualität gleichgesetzt werden, dennoch haben sie aber einen qualitätssteigernden beziehungsweise -mindernden Einfluss (Müller und Thielhorn 2000: 59-60; Pira 2000: 30). „Die



Strukturkategorie der Qualität spiegelt eher das Vermögen wider, eine bestimmte Qualität erbringen zu können, und weniger die Qualität selbst“ (Kaltenbach 1991: 69).

- *Process*

Mit Prozess ist das Kernstück der Pflege gemeint. Diese Kategorie umfasst alle Massnahmen, die im Laufe einer Behandlung ergriffen – oder auch nicht ergriffen – werden, und zwar bezogen sowohl auf die medizinische als auch auf die nicht-medizinische Betreuung. Auch die Prozessqualität garantiert nicht ein optimales Ergebnis, sie ist aber ein wichtiger Bestimmungsfaktor der Ergebnisqualität (Pira 2000: 31).

- *Outcome*

Das Ergebnis ist die Folge der Interaktion zwischen Benutzer und Gesundheitsanbieter und wird beeinflusst durch die Struktur und den Prozess. Das Ergebnis ist ein direkter Indikator für die Qualität der Pflege. Es umfasst im Wesentlichen die Änderung des Gesundheitszustandes und die Zufriedenheit des Benutzers<sup>4</sup> mit den erbrachten Leistungen. Ein Problem stellt das Ergebnis im Hinblick auf eine objektive Messung dar, da jeder Benutzer eine andere Ausgangssituation mit sich bringt und andere Ziele und Erwartungen an die Behandlung stellt (Campbell, Roland und Buetow 2000: 1613; Pira 2000: 31).

Diese drei Qualitätskategorien können noch detaillierter eingestuft werden. Ein Hilfsmittel dazu sind die drei folgenden Qualitätsdefinitionen: Die technische Qualität, die interpersonelle Qualität und die ökonomische Qualität (Pira 2000: 29). Die Gegenüberstellung der Qualitätskategorien und der Qualitätsdefinitionen sieht dann nach

---

<sup>4</sup> An dieser Stelle ist die Benutzerzufriedenheit als einer der Indikatoren von Pflegequalität gemeint (siehe van Campen et al. 1995: 132-133).

## 2. Theoretischer Hintergrund

---

Campbell, Roland und Buetow (2000: 1613) und Pira (2000: 32) wie folgt aus:

Qualitätskategorie	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Qualitätsdefinition			
Technische Qualität	Physische Charakteristika wie personelle und materielle Ressourcen, Organisation und Bewirtschaftung dieser Ressourcen.	Klinische Pflege: Bestimmung des Problems und der Bedürfnisse des Benutzers (Diagnose), richtige und rasche Behandlung.	Gesundheitsstatus: Nachlassen der Symptome und gute Genesung.
Interpersonelle Qualität	Qualifiziertes Personal, das gut zusammenarbeitet. Saubere und ansprechende Gebäude und Einrichtungen.	Interpersonelle Pflege: Höfliche und freundliche Behandlung durch das Personal und die richtige Menge an Informationen während der ganzen Behandlung.	Beurteilung der Behandlung durch den Benutzer: Zufriedenheit, schnelle Rückkehr in den Alltag.
Ökonomische Qualität	Genügend Ressourcen.	Keine Verschwendung der Ressourcen, keine Verzögerung in der Behandlung.	Niedrige Kosten für den Benutzer.

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Qualitätsdefinitionen und -kategorien (nach Pira 2000: 32)

Eine Erweiterung dieses Modells schlagen Campbell, Roland und Buetow (2000) vor.<sup>5</sup> Sie übernehmen Donabedians Einteilung für den Bereich der Pflege. Die Qualität teilen sie auf in „Zugang“ und „Effektivität“: Erstens erhält eine Person die nötige Behandlung, wenn sie sie braucht? Und zweitens, wenn die Person die Behandlung erhält, ist sie effektiv – sowohl in klinischer als auch in interpersoneller Hinsicht?

- *Accessibility*

Die elementare Dimension von Zugang ist der geographische oder physische Zugang zum Gesundheitsangebot. Wenn dieser gesichert ist, stellt sich die Frage der Verfügbarkeit der Einrichtung/Ausrüstung (Struktur) und des nötigen Services (Prozess). Die Erschwinglichkeit des Angebotes ist eine dritte Dimension, die vor allem in Ländern, wo die Gesundheitsversorgung nicht vom Staat sichergestellt wird, eine Schlüsselkomponente darstellt. Schliesslich hat auch die Zufriedenheit der Benutzer mit früheren Behandlungen Einfluss auf den Zugang – beispielsweise werden Gesundheitsanbieter, bei denen schlechte Erfahrungen gemacht wurden, nicht mehr aufgesucht (Campbell, Roland und Buetow 2000: 1615-1616).

- *Effectiveness*

Die Effektivität der klinischen Pflege hängt direkt von der effektiven Anwendung von Fachwissen und der Verwendung von Ressourcen ab. Genauso aber muss auf einer individuellen Ebene ermittelt werden, ob eine Behandlung effektiv war in Bezug auf die Effektivität der interpersonellen Pflege. Neben der Untersuchung des Prozesses ist die Prüfung des Ergebnisses sehr wichtig für die Effektivität der Pflege, namentlich der

---

<sup>5</sup> Diese Erweiterung hat einige Überschneidungen mit dem Konzept des Zugangs zu Gesundheitsversorgung (siehe Kapitel 2.3.).

## 2. Theoretischer Hintergrund

---

Gesundheitsstatus und die Beurteilung der Behandlung durch die Benutzer (Campbell, Roland und Buetow 2000: 1616).

Pflege	Struktur (Gesundheits- system)	Prozess (patienten- zentrierte Pflege)	Ergebnis (Konsequenzen der Pflege)
Qualität			
Zugang	Geographischer und physischer Zugang. Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit der Gesundheitseinrichtungen.	Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit des Gesundheitsangebotes.	Zufriedenheit mit früheren Behandlungen.
Effektivität		Effektivität der klinischen und interpersonellen Pflege.	Gesundheitsstatus und Beurteilung der Behandlung durch die Benutzer.

Tabelle 2: Dimensionen von Qualität der Pflege  
(Campbell, Roland und Buetow 2000: 1615)

Campbell, Roland und Buetow (2000: 1617) betonen, dass ihr Modell der Qualität der Pflege für die Anwendung auf der individuellen Ebene entworfen wurde und nicht auf der Ebene einer ganzen Bevölkerung, weil: „processes and outcomes are context specific for each individual person because quality of care for individual users requires that individual circumstances and the complexity of individual patients must be considered“ (Campbell, Roland und Buetow (2000: 1616).

Man muss sich bewusst sein, dass die Ansätze von Pira und Campbell et al. aus einer biomedizinischen und nicht aus einer ethnologischen Perspektive entstanden sind. Die Sicht der Benutzer ist bei beiden Modellen nur ein Aspekt der Pflegequalität und kommt vor allem beim Ergebnis zum Tragen. Auch wurden diese Modelle vor dem Hintergrund westlicher Gesellschaften entworfen.

### ***2.3. Zugang zu Gesundheitsversorgung***

Zugang zu Gesundheitsversorgung wird oft mit dem Versorgungssystem an sich gleichgesetzt und beispielsweise mit der Anzahl Einwohner pro Arzt oder Spital angegeben. Diese Grösse gibt aber nur die Dichte des Angebotes wider und lässt die tatsächliche Nutzung der Gesundheitsversorgung ausser Acht. Wichtig ist deshalb, sozio-ökonomische Faktoren mit einzubeziehen, um den Zugang untersuchen zu können, der auch die Benutzerseite berücksichtigt (Chopard 2008: 39; Thiede 2005: 1454). Thiede definiert Zugang als die 'Freiheit etwas zu nutzen', und zwar mit einer zweifachen Dimension: „Freedom to use describes the social possibility *and* the individual ability to give direction to one's will to use health services. [...] [Health services should] not just fulfill the proper criteria of medical quality but they also incorporate expectations towards the health system that people have on the grounds of their culture“ (Thiede 2005: 1453). Das Konzept des Zugangs zu Gesundheitsversorgung – auch als Konzept der Systemfaktoren bezeichnet – berücksichtigt verschiedene Faktoren, die eine Rolle beim Zugang spielen (siehe dazu Penchansky und Thomas 1981; und Obrist 2006 zitiert in Chopard 2008: 39). Die berücksichtigten Faktoren bestehen aus sowohl endogenen als auch exogenen Faktoren. Ob ein bestimmter Gesundheitsanbieter aufgesucht wird, hängt nicht nur von endogenen,

## 2. Theoretischer Hintergrund

---

kulturellen Krankheitskonzepten ab, sondern vor allem von exogenen Faktoren, die durch den ökonomischen, politischen und infrastrukturellen Kontext gegeben sind (Young 1981: 153-155).

Das Konzept des Zugangs zu Gesundheitsversorgung arbeitet mit den fünf As, die die Wahl des Gesundheitsanbieters beeinflussen können (Penchansky und Thomas 1981: 128-129; van Eeuwijk 1999: 72-73; Chopard 2008: 40-41):

- *Accessibility* beleuchtet die geographische Lage des Gesundheitsanbieters (welcher Art auch immer) in Beziehung zu den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung. Es geht um räumlichen und zeitlichen (oder saisonalen) Zugang. Darin sind folgende Dimensionen inbegriffen: Entfernung, Transportmöglichkeit, Transportdauer und Transportkosten, Strassenzustand und Erreichbarkeit (Vorhandensein von grossen Flüssen, Bergen, Überflutungen etc.). Die ökonomische Dimension des Transportes, die Transportkosten, ist ebenfalls ein Aspekt von *Affordability*.
- *Availability* bezieht sich auf die geographische Verteilung und Dichte der Gesundheitsanbieter in Beziehung zu den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung. Der Grad der Verfügbarkeit hat neben der strukturellen Dimension auch eine emische: Die Benutzer müssen über Kenntnisse des Vorhandenseins und der Dienstleistungen eines Gesundheitsdienstes verfügen, um überhaupt davon Gebrauch machen zu können.
- *Affordability* definiert das Verhältnis zwischen den total anfallenden Kosten einer Behandlung und dem Zahlungsvermögen der Benutzer. Es sind nicht nur direkte Kosten gemeint wie Behandlungs-, Transport- und

Verpflegungskosten, sondern auch indirekte Kosten (Erwerbsausfall) und Opportunitätskosten.

- *Acceptability* – hier geht es um die Benutzersicht auf das Gesundheitsangebot und die Interaktion des Personals mit den Benutzern vor dem sozialen und kulturellen Hintergrund beider Seiten. *Acceptability* beinhaltet Probleme einer Nichtnutzung des Gesundheitsdienstes oder Unzufriedenheit der Benutzer auf Grund des Geschlechts, der Kultur, der ethnischen Zugehörigkeit, des Alters, der Religion und anderen sozialen und ökonomischen Faktoren. All diese Faktoren haben Einfluss auf die Nutzung eines gewissen Gesundheitsdienstes und die Zufriedenheit des Benutzers mit dem Service. Der Grad der Annehmbarkeit kann folglich anhand der Zufriedenheit der Benutzer mit früheren Behandlungen, mit dem Personal und der Medikamentenverabreichung ermessen werden.
- *Accommodation* – zu welchem Grad ein Gesundheitsdienst auf die Benutzer eingestellt ist und auf deren Bedürfnisse eingeht ist Inhalt des Grades der Übereinstimmung (z.B. Zufriedenheit mit den Öffnungs- und Wartezeiten, die Sitzgelegenheiten und Behandlungsdauer).

Chopard fügt diesen fünf As noch zwei weitere hinzu (2008: 40-42):

- *Accountability* “[...] corresponds to the effectiveness, quality of care, or responsibility of health care providers to restore the health of their patients. It is the appropriateness, quality and reliability of diagnosis, treatments and therapies” (Chopard 2008: 41). Diese Dimension kommt vor allem in abgelegenen Gebieten von Ländern des Südens und Ostens zum Tragen, wo biomedizinische Einrichtungen vor organisatorischen Herausforderungen stehen wie zu wenig qualifiziertem Personal,

Mangel an Equipment und Medikamenten. Durch falsche Diagnosen sind Behandlungen ineffizient und die Qualität der Pflege leidet darunter. Das hat wiederum Auswirkungen auf den Zugang, da Benutzer, ausgehend von ihren Erfahrungen, diese Gesundheitsdienste nicht mehr aufsuchen.

- *Adaptability* meint die Kapazität eines Gesundheitssystems, Elemente anderer Systeme aufzunehmen, zum Beispiel die Bereitschaft von traditionellen Heilern, eine biomedizinische Schulung oder Weiterbildung zu besuchen. Dazu zählt ebenso die Fähigkeit der Biomedizin, lokale Praktiken zu integrieren. Kleinman schreibt da von *indigenisation* und *popularisation* des professionellen Sektors<sup>6</sup> (Kleinman 1980: 53-59).

### 2.4. Weitere Ansätze

Folgende Ansätze bildeten unter anderen den theoretischen Hintergrund der Forschung und waren für die Vorbereitung der vorliegenden Arbeit bedeutend. Es werden hier lediglich die wichtigsten Ansätze erwähnt.

#### 2.4.1. Medizinischer Pluralismus

Janzen umschreibt den Medizinischen Pluralismus als „the coexistence of ideas and practitioners from several traditions occupying the same therapeutic space in a society“ (2002: 234). Verschiedene Medizinsysteme existieren in derselben Gesellschaft und zwar gleichzeitig und nebeneinander. Ja sogar in einem einzigen Krankheitsverlauf können verschiedene Medizinsysteme zur Anwendung kommen. Das nachfolgend beschriebene Konzept der Drei Gesundheitssektoren hat ebenfalls

---

<sup>6</sup> Drei Gesundheitssektoren siehe folgendes Kapitel (2.4.2.).



Überschneidungen mit dem des Medizinischen Pluralismus', da es bei beiden Konzepten um verschiedene Medizinsysteme geht (Baer, Singer und Susser 2003: 10). Nach Janzen (2002: 234-236) lassen sich drei Systeme unterscheiden:

- 1) Im asymmetrischen Pluralismus (*Exclusivist System*) steht eine einzige institutionalisierte und professionalisierte Medizin im Zentrum, die als das offizielle Medizinsystem als einzige legal ist. Alles andere ist komplementär und alternativ ebenso wie inoffiziell und dadurch oft illegal und peripher. Z.B. in der früheren Sowjetunion.
- 2) Im symmetrischen Pluralismus (*Tolerant System*) stehen in einer Gesellschaft verschiedene medizinische Traditionen gleichberechtigt nebeneinander und haben im Staat den gleichen Status, dadurch sind sie gleichwertig integriert. Z.B. in Westeuropa.
- 3) Und schliesslich herrscht im medizinischen Synkretismus (*Integrated System*) kein Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Medizinsystemen, sondern gewisse medizinische Traditionen sind stärker und andere weniger stark in einer Gesellschaft verankert. Einige Ideen und Methoden von wenig differenzierten Medizinsystemen sind jedoch anerkannt, und zwar als Teile anderer medizinischer Traditionen, die sich dieser Techniken und Handlungen bedienen. Z.B. in vielen Ländern Afrikas und Asiens.

#### **2.4.2. Drei Gesundheitssektoren**

Bis Mitte der 80er Jahre wurde von einer Dichotomie traditioneller gegenüber moderner Medizin ausgegangen, die auch wertend verstanden wurde. Kleinman postulierte daraufhin einen laien- und patientenorientierten Ansatz. In dieses auf der emischen Sichtweise basierende Modell sind auch die kulturellen Faktoren miteingebunden (Kleinman 1980: 49-60). Im Zentrum stehen drei Gesundheitssektoren:

## 2. Theoretischer Hintergrund

---

der populäre, der volkstümliche und der professionelle Sektor. Mit dem professionellen Sektor sind die grossen Medizinsysteme gemeint, die eine grosse Professionalisierung, Spezialisierung, Institutionalisierung und Kodifizierung aufweisen. Dazu zählen beispielsweise die Biomedizin, Ayurveda-, Unanimedizin, Tibetische und Chinesische Medizin. Der professionelle Sektor ist berufs- und anwendergerichtet, die Kompetenz und Entscheidungsmacht liegt ganz beim Arzt, bzw. Experten. Diese Institutionen sind wirtschaftlich sehr dominant. Der volkstümliche Sektor umfasst den Bereich, der oft als traditionelle Medizin bezeichnet wird. Eine Spezialisierung ist auch in diesem Sektor sehr ausgeprägt, weniger aber eine Professionalisierung. Dieser Sektor ist vor allem in nichtwestlichen Ländern vertreten, wo der professionelle Sektor untervertreten ist. Kennzeichnend für den volkstümlichen Sektor ist eine ganzheitliche Heilung, Heiler und Patient kommen aus derselben Gesellschaft mit gleichen kulturellen Bedingungen. Mit dem populären Gesundheitssektor schliesslich sind die Handlungen und die Akteure im privaten Umfeld der erkrankten Person gemeint, z.B. die Familienmitglieder oder das soziale Netzwerk. In diesem Sektor kann es einen niedrigen Grad an Spezialisierung geben (Helman 2007: 82-106).

Der populäre oder Laiensektor ist der weitaus grösste Sektor. Die erste Behandlung findet fast immer in diesem Sektor statt. Die zwei anderen Sektoren, der volkstümliche und der professionelle Sektor sind wesentlich kleiner. Die drei Sektoren können aber nicht eindeutig getrennt werden, da sie sich an zahlreichen Stellen überschneiden. Das hat sich auch in meiner Forschung gezeigt, wo der populäre und der professionelle Sektor ineinander übergangen: Jeder Benutzer hat eine Begleitperson dabei, die für Essen und die Sauberkeit sorgt (siehe auch Zaman 2004: 2029). Diese Begleitperson übernimmt aber zum Teil auch medizinische Aufgaben, indem sie der Krankenschwester assistiert oder Medikamente verabreicht.

Der Vorteil des Drei-Gesundheitssektoren-Konzeptes ist seine Anwendbarkeit sowohl auf schriftliche als auch auf schriftlose Gesellschaften. Da es ein dynamisches Modell ist, bietet es ein nützliches Orientierungsinstrument in einem Umfeld, das vom Medizinischen Pluralismus geprägt ist. Dennoch kann an diesem Konzept kritisiert werden, dass ökonomische, politische, geographische, biologische und historische Faktoren nicht berücksichtigt werden (Sommerfeld 1987: 76-78).

### **2.4.3. Kulturelle Faktoren und Krankheitskonzepte**

Lange Zeit wurde der westliche, biomedizinische Krankheitsbegriff als universal gültig angesehen, unverstandene Phänomene bei nichtwestlichen Gesellschaften wurden als Irrsinn oder als Irrationalität abgetan. Diese ethnozentristische Sichtweise wird heute relativiert. „Krankheit wird als kulturelle Konstruktion angesehen, sodass es zwar unterschiedliche Krankheiten in unterschiedlichen Kulturen gibt, jedoch kein wesentlicher Unterschied im Ausgangspunkt von Leiden und der kulturellen Verarbeitung desselben“ (Lux 2003: 145).

Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheiten treten nicht nur zwischen verschiedenen Gesellschaften mit anderem, kulturellen Hintergrund auf, sondern auch innerhalb einer Gesellschaft. Verschiedene Auffassungen von Krankheit beeinflussen schliesslich die Wahl des Medizinsystems und Gesundheitsanbieters, wie van Eeuwijk im Werk „Diese Krankheit passt nicht zum Doktor“ (van Eeuwijk 1999: 82) aufzeigen konnte.

Kleinman schreibt in diesem Kontext von *Explanatory Model* (EM), also Erklärungsmodellen (1980: 104-118). Die kranke Person entwickelt Erklärungskonzepte für ihr Kranksein. Diese sind abhängig von der Ätiologie (Krankheitsursache), dem Erscheinen der Symptome (Zeit und

## 2. Theoretischer Hintergrund

---

Art), der Patophysiologie (Krankheitsvorgängen und Funktionsstörungen), dem Verlauf der Erkrankung (und dabei auch dem Schweregrad der Krankheit und der Krankheitsrolle) und der Therapie (Behandlung). Jedes EM ist individuell und kontextabhängig, es ist zwar unter anderem auch von kulturellen Faktoren abhängig, ein EM gilt aber nie für eine ganze Gesellschaft. Es ändert sich stetig, und damit ändert sich jeweils auch die Therapie. Auch der Arzt und der Patient haben jeweils ein anderes EM. Voraussetzung für eine erfolgreiche und für beide Seiten zufriedenstellende Behandlung und Heilung der Krankheit ist oft die Entwicklung eines gemeinsamen EMs (Helman 2007: 128-130).

Neben Krankheitskonzepten und Erklärungsmodellen hat auch das soziale Umfeld Einfluss auf die Wahl des Gesundheitsanbieters. Berman, Kendall und Bhattacharyya (1994) zeigten auf, dass der Haushalt DIE soziale Einheit ist, in der Kranksein wahrgenommen und behandelt wird. Im Haushalt treffen interne (z.B. Verfügbarkeit von Nahrung und Geld, Status im Haushalt) und externe (z.B. Gesundheitsangebot, Erreichbarkeit) Faktoren zusammen und werden geordnet, kontrolliert, verhandelt und zu Strategien entwickelt. Der Haushalt ist deshalb ein wichtiger Untersuchungsgegenstand der Medizinethnologie (Berman, Kendall und Bhattacharyya 1994: 206-210). Janzen (1978) schreibt in diesem Kontext von *Therapy Management Group* (TMG). Sie ist eine Anzahl von Personen, die sich um die Planung und Handhabung der Therapie des Kranken kümmert – entweder mit oder anstelle der kranken Person. Die TMG besteht in der Regel aus Verwandten. Sie sammelt Informationen, fällt Entscheidungen und arrangiert Therapien, sie gibt aber auch moralische Unterstützung. Die TMG kann also Vermittler zwischen der kranken Person und den Spezialisten genannt werden (Janzen 1987: 68 und 73-76).

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient oder auch zwischen Heiler und Erkranktem ist schwierig in Bezug auf die unterschiedlichen Erklärungsmodelle und Vorstellungen. Strathern und Stewart führen drei Faktoren auf, die sich bei Arzt und Patient unterscheiden: Interessensschwerpunkt, Rahmenbedingungen des Wissens und sozialer Kontext. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient unabdingbar (Strathern und Stewart 1999: 171-184). Die Erkrankung des Patienten wird von den zwei Parteien ganz unterschiedlich wahrgenommen. In der Medizinethnologie werden diese verschiedenen Wahrnehmungen im Konzept Krankheit und Kranksein behandelt. Der Arzt sieht in einer Erkrankung die medizinische Krankheit, die er zu kurieren versucht, und orientiert sich dabei an den Symptomen. Seine Herangehensweise ist eine etische. Bei der emischen Sichtweise des Patienten wird nicht von Krankheit, sondern von Kranksein gesprochen. Der Patient orientiert sich an den Symptomen, die er hat (Lux 2003: 158-166).

#### **2.4.4. Machtverhältnisse**

Die Kritische Medizinanthropologie (*Critical Medical Anthropology* = CMA) hat die politischen und gesellschaftlichen Faktoren und dadurch die Machtverhältnisse in den Fokus der Medizinethnologie gebracht (Singer und Baer 1995). Die CMA fordert die Untersuchung der sozialen Wurzeln von Kranksein und Krankheit, die immer in Bezug auf das kapitalistische Weltsystem (multilaterale Organisationen, transnationale Verflechtungen, dem Staat etc.) analysiert werden sollen. Sehr wohl kann Kranksein und Leiden auch durch das System der Biomedizin entstehen, wenn beispielsweise zahlungsunfähige Benutzer nicht behandelt werden. Die Biomedizin ist neben ihren Verdiensten eben auch ein Instrument von weissen, reichen Männern, worin rassenspezifische, finanzielle und

geschlechtsspezifische Dimensionen eine Rolle spielen (Baer, Singer und Susser 2003: 37-54).

Macht wird in vielfältigster Weise auf Personen und ihre Gesundheit ausgeübt. Um diese Machtausübung aufzeichnen zu können, haben Scheper-Hughes und Lock (1987) das Konzept der drei Körper entworfen. Neben dem individuellen Körper postulieren sie einen sozialen und einen politischen Körper. Der soziale Körper steht unter dem Einfluss der Gesellschaft, so dass Vorstellungen und Ideen darüber, wie eine Erkrankung geheilt werden soll, vorgegeben sind. Im politischen Körper ist impliziert, dass der Staat seine Macht auf ihn ausübt. Diese Macht hat direkte Auswirkungen auf einzelne Personen, wenn beispielsweise lebenswichtige Medikamente durch ein Handelsembargo nicht zur kranken Person gelangen können, oder wenn eine Person das Land nicht verlassen kann, um eine nötige Behandlung zu erhalten.

### 3. Datengewinnung

#### *3.1. Zugang zum Forschungsort*

Die Forschung habe ich in Zusammenarbeit mit mission 21 und deren Partnerorganisation in Kamerun, der Presbyterianischen Kirche in Kamerun (Presbyterian Church in Cameroon – PCC), durchgeführt. Durch diese Zusammenarbeit ergab sich der erste Kontakt in Kamerun von selbst. Im Spital von Manyemen war mein Status als Mitarbeiter von mission 21, der eine Forschung macht, geklärt – zumindest für alle Angestellten. Denn in Manyemen haben immer wieder Studenten aus Europa – einzeln oder in Gruppen – Forschungen im und ums Spital durchgeführt (Agbor 2000: 27). Auch bei der Kirchenleitung, also dem Träger des Spitals, hatte ich von Beginn an einen guten Zugang, und sie war mir und der Forschung gegenüber sehr offen.

Der Zugang zu den Informanten gestaltete sich schwierig und einfach zugleich. Die Schwierigkeit lag darin, zu meinen Interviewpartnern zu kommen. Alle Interviews habe ich in den Wohnorten der Befragten durchgeführt. Mangels öffentlicher Verkehrsmittel und teilweise sogar mangels Strassen überhaupt ist der Weg dahin nicht immer einfach. So brauchte ich in einzelnen Fällen bis zu drei Tagen Fahrt und Wanderung, um in das gewünschte Dorf zu gelangen. Der Zugang zu den Menschen selbst war dann jedoch erfreulicherweise sehr gut. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass ich immer als Arzt – oder zumindest als angehender Arzt auf Forschung – wahrgenommen wurde. Der positive Effekt dabei war das Vertrauen vor allem auch der Frauen, das man mir entgegenbrachte. So wurden die Erkrankungsgeschichten offen mit mir geteilt. Nie wurde ein Gespräch mit mir abgelehnt, egal wie viel Arbeit

noch auf die Befragten wartete, oder es wurden mir – soweit ich das beurteilen kann – kaum bewusst Unwahrheiten erzählt.

#### ***3.2. Forschungsmethoden***

Zentrale Methode der Datenerhebung war das semistrukturierte Interview (Schlehe 2003: 78-79). Diese Art der Befragung habe ich gewählt, weil sie mir im Gegensatz zum strukturierten Interview genug Platz für Nebenbemerkungen seitens der Befragten gab und doch das Ziel der Befragung vor Augen führte (Schlehe 2003: 74, 78-79). Die semistrukturierten Interviews habe ich grösstenteils mit Menschen ausserhalb des Spitals durchgeführt, die mich vorher nicht oder nur wage gekannt haben. Der Respekt vor mir war bei den meisten interviewten Personen noch zu gross oder die Vertrauensbasis zu mir noch zu klein, als dass sie den Rahmen, der das semistrukturierte Interview bietet, ausgenutzt hätten. Oft lief das Interview so auf ein strukturiertes hinaus, und erst bei den letzten Fragen des Interviews, die ich besonders offen gestellt habe, wurde die Gelegenheit zu offenen Antworten genutzt. Die Interviews habe ich in einem Gemisch aus English und Pidgin (siehe Todd 1979: 5-11; Bellama, Nkele und Yudom 2006: 6) durchgeführt. Eine lokale Assistentin hat mich nur für die Interviews im Dorf Manyemen begleitet. Ansonsten kam meine Frau als Assistentin mit. Die Interviews mit den älteren Menschen fanden meistens in reinem Pidgin oder im lokalen Dialekt statt, die Übersetzung übernahm in Manyemen die lokale Assistentin und in den anderen Dörfern die Kinder der Befragten.

Meine wichtigsten methodischen Instrumente waren die teilnehmende Beobachtung (Hauser-Schäublin 2003) und die informellen Gespräche, vor allem wenn es darum ging, das wirkliche Verhalten der Menschen in Erfahrung zu bringen und nicht die Normen, die hinter dem Verhalten



stehen. Informelle Gespräche habe ich mit den verschiedensten Leuten geführt, wie beispielsweise mit Benutzern, die noch im Spital in Behandlung waren, mit Pflegepersonal und Ärzten, mit ehemaligen Benutzern, mit traditionellen Heilern, mit Bauern, Kirchenmitarbeitern, Arbeitern von lokalen und internationalen NGOs, mit Universitätsprofessoren und Studenten – die Liste liesse sich noch um einiges erweitern. Die wichtigsten Themen dieser Gespräche waren das Spital, die Qualität des Spitals, die Lebenssituation der Bevölkerung (die Arbeit auf den Feldern, die Strassenverhältnisse, die Jahreszeiten, die finanzielle Situation, die Erkrankungen), die Arbeit der Kirche und die von NGOs und Politik und Wirtschaft des Landes.

Die teilnehmende Beobachtung ist nicht nur aber vor allem in einem Spital nicht ohne Probleme durchzuführen. Van der Geest und Sarkodie (1998: 1373) meinen sogar: „It should be said that participant observation is not an easy thing to do, or, to be more precise, it is impossible.“ Es gibt drei verschiedene Rollen im Spital, nach denen der Forscher seine teilnehmende Beobachtung ausrichten kann: die Rolle des Personals, die Rolle des Patienten und die Rolle des Besuchers (van der Geest und Finkler 2004: 1998; Wind 2008: 82). Weil die Rolle des Besuchers nur einen kleinen Einblick möglich macht und die Teilnahme in den Rollen der Patienten oder des Personals unmöglich ist (siehe dazu Kapitel 2.1.), schlägt Wind (2008: 84-87) vor, im Kontext von Spitälern nicht von teilnehmender Beobachtung zu sprechen, sondern den Begriff „Interaktiv ausgehandelte Beobachtung“ (Negotiated interactive observation) zu benützen. Der Forscher, der weder Teilnehmender noch passiver Beobachter ist, steht immer in Interaktion mit den Erforschten, für die er ebenso Objekt ihrer Interpretation ist. Der Erfolg der Forschung hängt also stark von ihnen ab. Somit ist er während der Forschung mit den

Erforschten immer in Interaktion, die er ständig neu aushandeln muss (Wind 2008: 84-86).

Einmal war ich dann trotzdem mehr Teilnehmender als Forschender, als ich nämlich mit Malaria ins Spital musste (ambulante Behandlung). Aber auch da ist es mir nicht so ergangen wie den meisten der erforschten Benutzer, denn ich hatte nur einen Weg von fünf Minuten ins Spital und wurde da auch noch bevorzugt und schnell behandelt. Die übrige Beobachtungsarbeit im Spital war jedoch interaktiv ausgehandelte Beobachtung. Ausserhalb des Spitals habe ich einmal bei der Feldarbeit mitgeholfen und mehrfach erfahren, wie schwer der Weg zum Spital zu bewältigen ist, indem ich den umgekehrten Weg zu den Dörfern der Befragten zurücklegen musste.<sup>7</sup>

Des Weiteren kamen folgende Methoden zum Einsatz: die Ortsbegehung mit Erstellung einer Karte (zwei Dörfer und das Spital), die Erhebung von Statistiken des Spitals und des Gesundheitsministeriums, Fokusgruppendifkussionen mit ehemaligen Benutzern und die Archivarbeit, das heisst die Beschaffung von Literatur (z.B. Universitätsabschlussarbeiten) und von Quellen (z.B. Berichte über Spitäler und Zeitungsberichte).

### ***3.3. Informanten***

Die informellen Gespräche, die ich mit verschiedensten Informanten durchgeführt habe, basieren nicht auf einer konkreten Auswahl. Deshalb möchte ich im Folgenden (Kapitel 3.3.1. und 3.3.2.) nicht weiter auf diese Gruppe der Informanten eingehen.

---

<sup>7</sup> Im Gegensatz zu den Benutzern habe ich den Weg in gesundem Zustand zurückgelegt.

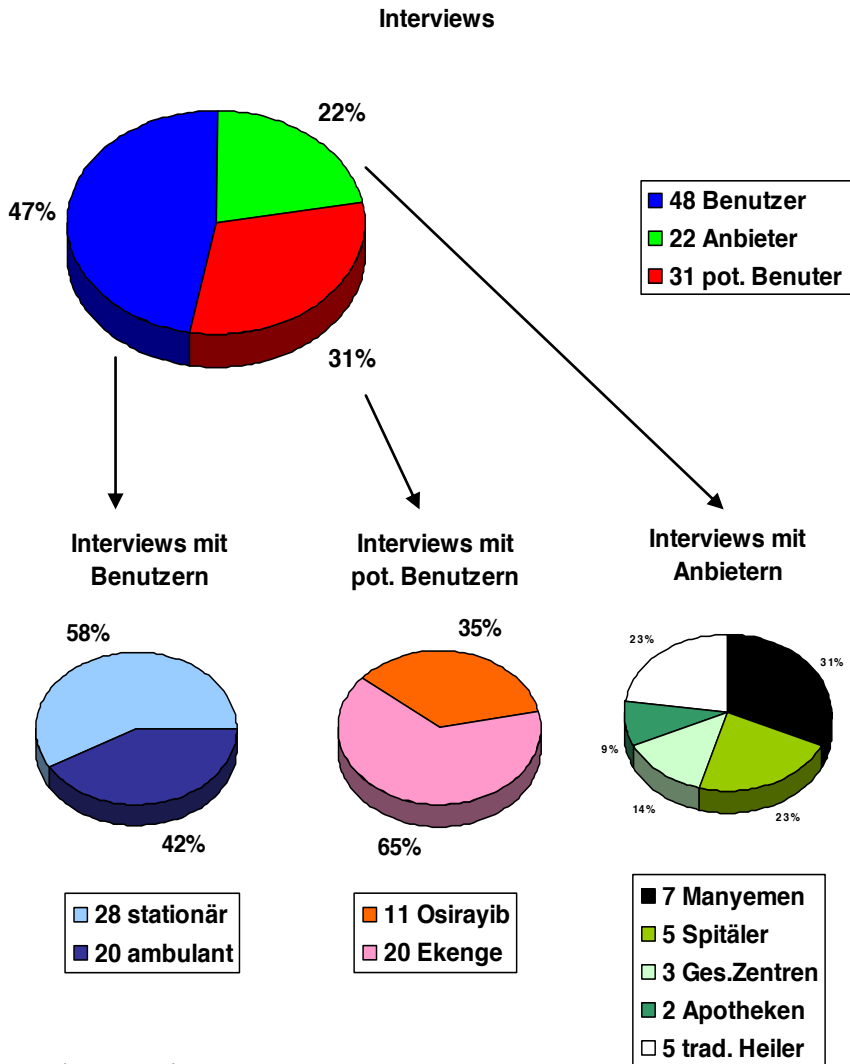
Mit drei verschiedenen Gruppen habe ich semistrukturierte Interviews durchgeführt und mit einer vierten Gruppe Fokusgruppendifkussionen. Insgesamt habe ich sieben Fokusgruppendifkussionen und 101 Interviews durchgeführt. Die Fokusgruppendifkussionen waren nicht geplant, vielmehr haben sie sich aus der jeweiligen Situation ergeben. Meine Ankunft in einem Dorf, wo ich ein Interview durchführen wollte, blieb nicht lange unbemerkt. In verschiedenen Fällen wollten die anwesenden Menschen mir ebenfalls ihre Erlebnisse im Spital mitteilen, diese Gelegenheit habe ich natürlich gerne genutzt.

Die Interviews lassen sich wie folgt gliedern:

- 48 Interviews mit Benutzern, davon wurden 28 stationär behandelt und 20 ambulant
- 31 Interviews mit potentiellen Benutzern<sup>8</sup> aus zwei Dörfern (11 aus Osirayib und 20 aus Ekenge)
- 22 Interviews mit Gesundheitsanbietern (7 aus dem Spital Manyemen, 5 aus anderen Spitälern, 3 aus Gesundheitszentren, 2 aus Apotheken und 5 traditionelle Heiler)

---

<sup>8</sup> Potentielle Benutzer nenne ich die Interviewpartner, die ich nicht über die Unterlagen des Spitals (Registerbücher) für ein Interview ausgewählt habe, sondern aufgrund der Position ihres Dorfes. Ich habe zwei Dörfer ausgewählt, die genau zwischen den Spitälern Manyemen und Nguti liegen. Ein beträchtlicher Teil der befragten potentiellen Benutzer waren tatsächlich schon im Spital Manyemen und/oder Nguti. Bei diesen Interviews ging es mir jedoch nicht um ihre Meinung über das Spital, sondern um ihr Verhalten bei einer Erkrankung.



Graph 1: Interviews

### 3.3.1. Auswahl

Das Auswahlverfahren der Interviewpartner verlief für jede der drei Gruppen unterschiedlich.<sup>9</sup> Die Gesundheitsanbieter habe ich wie folgt ausgewählt: Wichtig war mir ein breites Spektrum von Meinungen vom Personal des Spitals Manyemen. Unter den Befragten waren alle Ärzte und die Personen des Pflegepersonals in wichtigen Positionen, genauso aber Hilfspflegepersonal und sonstige Arbeiter (z.B. Techniker). Im Umkreis von 10 Kilometern habe ich Interviews mit allen Gesundheitsanbietern durchgeführt (traditionelle Heiler und Betreiber von Apotheken). Des Weiteren befragte ich jeweils eine Person in zentraler Position des Spitals in Nguti (das nächstgelegene Spital), der staatlichen Gesundheitszentren von Nguti und Wone und der PCC Spitälern Kumba, Nyasoso, Besongabang und Acha-Tugi (siehe Karte 7 auf Seite 140).

Um mehr über das Verhalten bei einer Erkrankung zu erfahren, beziehungsweise über die ersten Schritte im Falle einer Erkrankung und über die Entscheidung des Ortes der Behandlung, habe ich zwei Dörfer ausgewählt, die genau zwischen den zwei Spitälern Manyemen und Nguti liegen. Nach einer jeweiligen Ortsbegehung habe ich mit jedem Haushalt ein Interview durchgeführt. Diese Interviewpartner nenne ich potentielle Benutzer, da ich sie über ihr Verhalten bei einer Erkrankung befragt habe, obwohl ein beträchtlicher Teil der befragten Personen tatsächlich schon im Spital Manyemen und/oder Nguti war.

Bei den Interviews mit den Benutzern ging es vor allem um ihre Erfahrungen im Spital und um ihre persönlichen Meinungen zur Qualität des Spitals. Für die Auswahl der zu befragenden Benutzer, die den grössten Teil der Interviews ausgemacht haben, bin ich die Registerbücher

---

<sup>9</sup> Die informellen Gespräche und die Fokusgruppendifkussionen konnte ich ja nicht planen, da sie sich ergeben haben.

### 3. Datengewinnung

---

des Spitals durchgegangen.<sup>10</sup> Keines der vielen Registerbücher hat jedoch restlos alle Benutzer aufgeführt, leider kann man sie auch nicht ergänzend benützen, da nicht klar ersichtlich ist, welche Benutzer nun im Registerbuch fehlen. Für die Auswahl habe ich mich an das Registerbuch der Rezeption gehalten, denn in diesem Buch werden alle Benutzer festgehalten, die eine Konsultation erhalten. Es fehlen jedoch die Benutzer, die an einer chronischen Krankheit leiden und regelmässig neue Medikamente kaufen (sie dürfen als einzige Ausnahme direkt in der Spitalapotheke die Medikamente beziehen). Und es fehlen ebenfalls die Notfallpatienten, die ausserhalb der Öffnungszeiten eingeliefert wurden. Erstere sind vernachlässigbar, da es mir ja bei den Befragungen um Benutzer geht, die in Interaktion mit dem Personal waren. Und die zweite

---

<sup>10</sup> Es gibt verschiedene Registerbücher im Spital, welche täglich benutzt werden:

- Das Registerbuch der Stelle für Kostenberechnung (costing clerk) beinhaltet alle Benutzer, die eine persönliche Patientenkarte kaufen. Normalerweise sind das Benutzer, die das erste Mal in dieses Spital kommen.
- Das Registerbuch des Kassierers beinhaltet alle Benutzer, die etwas bezahlen müssen.
- Das Registerbuch der Spitalapotheke beinhaltet alle Benutzer, die Medikamente beziehen. Einige Benutzer kaufen beispielsweise regelmässig Medikamente für eine chronische Krankheit. Sie können das ohne eine Konsultation, sie werden somit nur im Registerbuch der Apotheke und des Kassierers aufgeführt.
- Das Registerbuch der Rezeption listet alle Benutzer auf, die eine Konsultation erhalten werden. In diesem Buch werden fast alle Benutzer aufgeführt, es fehlen jedoch die, welche regelmässig Medikamente kaufen (ohne Konsultation), ebenso fehlen die Notfallaufnahmen, die ausserhalb der Öffnungszeiten ins Spital kommen.
- Des Weiteren gibt es vier Registerbücher der stationären Abteilungen (Geburtsabteilung, Kinder, Chirurgie und Medizin), die jeweils alle stationären Patienten dieser Abteilungen aufführen.
- Das Registerbuch der stationären Patienten wird nachträglich erstellt mit den Informationen aus den vier Registerbüchern der stationären Abteilungen.
- Zwei Registerbücher gibt es im HRC, der Abteilung für Tuberkulose und Lepra. Hier gilt das gleiche wie bei den Registerbüchern der stationären Abteilungen: Bevor die Benutzer in diese Abteilungen überwiesen werden, müssen sie sich an der Rezeption registrieren und werden auch in dieses Buch eingetragen.
- Schliesslich sind noch die Registerbücher des Labors und des Operationssaals zu erwähnen, die alle Daten in Bezug auf Labortests und Operationen enthalten.

fehlende Gruppe musste ich vernachlässigen, da es keinen Weg gab, die Notfälle im Nachhinein nachzuvollziehen. Es gibt jedoch relativ wenige Notfälle ausserhalb der Öffnungszeiten, da erstens diese recht lang sind<sup>11</sup> und zweitens in der Nacht kaum ein Transportmittel zum Spital zu finden ist. In der Zeit der Forschung gab es nur zwei Notfälle ausserhalb der Öffnungszeiten.

Aus der Gesamtzahl der Benutzer aus dem Jahr 2007 (es waren 5843 Benutzer) habe ich eine einfache Zufallsauswahl von 78 gewählt (mehr zu *Simple Random Sample* bei Bernard 1994: 81-82). Für die Befragung habe ich mich auf Benutzer konzentriert, die im Vorjahr das Spital besucht haben, weil ich Informationen haben wollte, die von Erfahrungen aus verschiedenen Jahreszeiten (Regen-/Trockenzeit, Ernte-/Feldarbeitszeit etc.) stammten. Die Befragungen habe ich also nicht im Spital selbst durchgeführt, sondern jeweils in den verschiedenen Dörfern der Benutzer. Der Nachteil dabei war, dass der Spitalbesuch bis knapp über ein Jahr zurücklag. Vorteile ergaben sich jedoch dadurch, dass die Antworten aus reflektierten Erlebnissen bestanden. Die Benutzer hatten auch kein Interesse daran, mir etwas besonders positiv darzustellen, um unmittelbar davon profitieren zu können, was bei Benutzern, die sich noch im Spital befinden, vorkommen kann. Und ich konnte mich auch besser von der Rolle als Spitalmitarbeiter, die mir immer und überall zugeschrieben wurde, distanzieren.

Anhand der Statistiken, die ich im Spital über die Benutzer, ihre Krankheiten, Altersstruktur, Geschlecht und Herkunft aber auch über die Jahreszeit der Spitalbesuche und die Verteilung auf stationäre und ambulante Behandlungen erstellt habe, habe ich geprüft, ob meine Auswahl in etwa die Gesamtheit der Benutzer repräsentiert. Wenn das

---

<sup>11</sup> Die Öffnungszeiten sind von Mo – Fr 7:00 – 16:00 Uhr und Sa 7:00 – 12:00 Uhr.

nicht der Fall gewesen wäre, hätte ich korrigierend in die Auswahl eingreifen können. Das war aber nicht nötig.

Mit der jetzigen Anzahl von durchgeführten Interviews und berücksichtigten Daten<sup>12</sup> habe ich eine knapp 90%ige Wahrscheinlichkeit, dass meine Auswahl die Gesamtheit der Benutzer repräsentiert.<sup>13</sup>

#### 3.3.2. Durchführung

In diesem Kapitel wird auf die Gruppe „Benutzer“ der Informanten eingegangen. Die Charakterisierung der interviewten Benutzer findet sich im Anhang 8.2. Mit 30 Benutzern konnte ich das Interview nicht durchführen: sechs Personen habe ich zwar ausfindig machen können, es kam aber nicht zu einem Interview (z.B. wegen längerer Abwesenheit), bei zehn Personen waren die Registereinträge unvollständig oder falsch, acht Personen kamen aus Städten, die zu gross waren, als dass ich sie hätte

---

<sup>12</sup> 48 Interviews und sechs berücksichtigte Todesfälle.

<sup>13</sup> Für die Berechnung der Wahrscheinlichkeit wurde Bernard (1994: 77-79) herangezogen. Es gilt hier folgende Formel:

$$C = \sqrt{\frac{X^2NP(1-P)}{S(N-1)} - \frac{X^2P(1-P)}{N-1}}$$

C ist der Zufallsfehlerbereich, also die Wahrscheinlichkeit, dass ich falsche (die Gesamtheit der Benutzer nicht repräsentierende) Personen ausgewählt habe.

X<sup>2</sup> ist der Chi-Quadrat-Wert (siehe Bernard 1994: 434) für ein Freiheitsgrad für den gesuchten Zufallsfehlerbereich, also C in unserer Formel (siehe Bernard 1994: 422-423). Gemäss Bernards Tabelle (1994: 531) ist der Chi-Quadrat-Wert 2.706 bei einem Zufallsbereich von 10%.

N ist die Gesamtzahl der Benutzer.

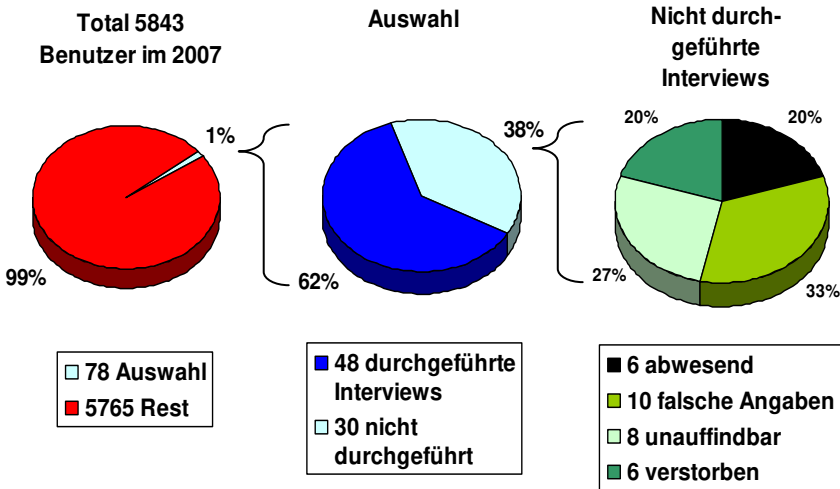
S ist die Grösse der Auswahl.

P ist der Faktor der Homogenität der Benutzer. Eine total homogene Gesamtheit von Benutzern hätte den Wert P = 100% oder 0%. In diesem Fall müsste nur eine Person befragt werden, um eine 100%ig richtige Meinung zu erhalten. Nun wird aber P = 50% gesetzt, dabei gehe ich von einer maximal heterogenen Gesamtheit von Benutzern aus.

$$C = \sqrt{\{ [(2.706 \times 5843 \times 0.5 \times 0.5) / (54 \times 5842)] - [(2.706 \times 0.5 \times 0.5) / 5842] \}} = 0.1114$$



finden können, und sechs Personen waren bereits verstorben. Mit Ausnahme der letzten zwei Gruppen werden diese Personen in der Auswertung nicht beachtet. Schliesslich habe ich mit 48 Benutzern das Interview in den Dörfern rund um Manyemen durchführen können.



Graph 2: Auswahl

An dieser Stelle sollen kurz die Auswirkungen der nicht durchgeführten Interviews auf das Ergebnis erläutert werden:

- Die sechs Personen, die ich zwar ausfindig machen konnte, mit denen ich aber kein Interview durchgeführt habe, entsprechen gemäss Registerbuch der grossen Mehrheit der Auswahl. Das heisst, es sind zur Hälfte Männer, bzw. Frauen, mit einem durchschnittlichen Alter von ca. 32 Jahren. Sie kommen alle aus

ländlichem Gebiet und arbeiten als Bauern. Ihre Kirchenzugehörigkeit entspricht ungefähr der der Bevölkerung rund um Manyemen. Da ich die meisten der 48 Interviews mit Personen dieses Profils durchgeführt habe, kann diese Gruppe vernachlässigt werden.

- Das gleiche gilt für die zehn Personen, bei denen die Registereinträge unvollständig oder falsch waren. Das Verhältnis Mann-Frau entspricht genau dem der ganzen Auswahl und das Durchschnittsalter liegt hier bei ca. 34 Jahren.
- Die acht Personen, die ich nicht finden konnte, weil sie aus Städten kamen, können jedoch nicht vernachlässigt werden. Von den 48 interviewten Personen kamen nur zwei aus Städten (etwas über 4%), die Auswahl brachte jedoch insgesamt elf Personen aus Städten hervor (zwei habe ich interviewt, acht konnte ich nicht finden und einer war bei seinem Spitalaufenthalt verstorben), das sind ca. 14%.

Die zwei Interviews haben mir gezeigt, dass Benutzer aus Städten die Erfahrungen im Spital ganz anders werten, als solche vom Land. Durch das Fehlen der Interviews mit den acht Benutzern aus den Städten wird das Resultat verfälscht. Bei der Auswertung werde ich also die Aussagen der zwei Interviews, die ich habe, übergewichten. Weil diese Aussagen aber nicht als stellvertretend genommen werden können, ergänze ich sie noch mit informellen Gesprächen, die ich mit Benutzern aus Städten geführt habe, die im Jahr 2008 im Spital waren.

- Die acht verstorbenen Personen nehme ich in die Auswertung mit hinein, da sonst die Forschungsergebnisse zugunsten des Behandlungserfolges des Spitals verfälscht würden. Sie werden

jedoch nur unter dem Attribut „verstorben“ aufgeführt, denn leider habe ich keine Interviews mit den Hinterbliebenen.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Entweder wäre ein Interview unpassend gewesen, da die Person noch nicht so lange verstorben war, oder die Verwandten, die diese Person ins Spital begleitet haben und auch etwas zum Aufenthalt dort hätten aussagen können, waren abwesend oder in einem anderen Dorf wohnhaft.

### 4. Forschungskontext

Auf Kamerun als Ganzes soll hier nur kurz eingegangen werden, und zwar insofern es für die Arbeit relevant ist. Zu Themen wie Geographie und Geschichte Kameruns findet sich ausführliche Literatur, so zum Beispiel in Hillebrand und Mehler (1993), Schicho (1999-2004) oder Takougang und Krieger (1998).

#### *4.1. Kamerun, ein kurzer historischer Abriss*

Im 17. Jahrhundert wanderten die Fulbe<sup>15</sup> in den heutigen Norden von Kamerun ein. Sie brachten die Entstehung neuer Staaten und den Islam, auch heute sind die drei Provinzen des Nordens (Adamaoua, Nord und Extrem-Nord) noch überwiegend islamisch. Die Einflusszone und Herrschaft der Fulbe wurde einerseits begrenzt durch den Urwald und andererseits durch die „Graslandstaaten“, kleinen, aber ökonomisch wie politisch starken Gesellschaften im mittleren Westen, das heisst im Grasland Kameruns,<sup>16</sup> die von Landwirtschaft lebten, z.B. Bamum, Bamenda, Bamileke und Bali. Das Hinterland im Südwesten, das von dichtem Urwald bewachsen war und ist, blieb ausserhalb des Einflusses vorkolonialer Feudalstaaten (Schicho 1999-2004: 54 Bd. 2).

Die Ethnien direkt an der Atlantikküste hatten schon seit längerem Kontakt mit den Europäern. Ende des 15. Jahrhunderts landeten die Portugiesen in der Nähe des heutigen Douala am Wouri-Fluss. Wegen der

---

<sup>15</sup> Die Fulbe sind eine politisch und militärisch starke Bevölkerungsgruppe, die hauptsächlich Rinderzucht betreibt (Panoff und Perrin 2000: 92-93).

<sup>16</sup> In der Fachliteratur wird das Hochland (1000 bis 3000 m.ü.M.) in der Nordwest- und Westprovinz Kameruns als Grasland bezeichnet, es lässt sich nicht nur geographisch und klimatisch von den Nachbargegenden trennen, sondern auch kulturell (Koloss und Homberger 2008: 13).

vielen Krabben, die sie hier fanden, nannten sie den Fluss „Rio dos Cameroes“, woraus sich der heutige Name Kameruns ableitet (Fuchs 2007: 162). Die Ethnie der Duala wurde dann stark in den Sklavenhandel miteinbezogen – vor allem unter den Engländern – und fungierte als Zwischenhändler. Von einer Kolonie kann jedoch erst ab 1884 gesprochen werden. Die Kolonialmacht Deutschland förderte die Inbetriebnahme von Plantagen, die wirtschaftliche Nutzung des Landes war immerhin Hauptziel, und erschloss nach und nach das Hinterland, bis die Kolonie an den Tschadsee reichte (Schicho 1999-2004: 54 Bd. 2; Fuchs 2007: 150-153).

Mit dem ersten Weltkrieg wurden die Deutschen als Kolonialmacht von England und Frankreich abgelöst. England erhielt den westlichen Teil, der dem bereits britischen Nigeria angegliedert wurde (Southern Cameroon bestand aus den heutigen Provinzen Südwest und Nordwest, und Northern Cameroon aus dem westlichen Gebiet der nigerianischen Bundesstaaten Adamawa und Borno). Der weitaus grössere Teil (ca. 80%) wurde Frankreich zugesprochen (die heutigen Provinzen Adamaoua, Center, Extrem-Nord, Littoral, Nord, Ost, Süd und West).

Während England sein Konzept der indirekten Herrschaft verfolgte, das heisst, dass die vorkolonialen Herrschaftsstrukturen bestehen blieben und von den Engländern genutzt wurden, verloren die traditionellen Herrscher im französischen Teil weitgehend ihre Macht. Frankreich zeigte weit mehr Interesse als England an der neuen Kolonie und versuchte, das Land möglichst effizient auszubeuten, was sich aber nicht in Investitionen, wie beispielsweise der Infrastruktur, niederschlug. Bis heute lassen sich zahlreiche Unterschiede zwischen dem anglophonen und dem frankophonen Gebiet ausmachen. Diese Unterschiede sind nicht nur wirtschaftlicher und politischer, sondern auch ideeller Natur. Immer

wieder äussern sich diese Unterschiede in Konflikten, so beispielsweise in verschiedenen Generalstreiks währen den 1990er Jahren<sup>17</sup>.

Ein Jahr nach der Erlangung der Unabhängigkeit am 1. Januar 1960 konnte das Volk über den Verbleib des britischen Teils von Kamerun abstimmen, Northern Cameroon blieb bei Nigeria und Southern Cameroon vereinigte sich mit der Republik, am 1. Oktober 1961 entstand daraus der Bundesstaat Kamerun und am 20. Mai 1972 die Vereinigte Republik Kamerun (Schicho 1999-2004: 56-59 Bd. 2; Fuchs 2007: 157-163 und 167-168).

### ***4.2. Das Gesundheitswesen in Kamerun***

Die westliche, biomedizinische Gesundheitsfürsorge für Kameruner wurde erstmals während der deutschen Kolonialzeit (ab 1884) eingeführt. Es waren vor allem die Missionen, die rund um ihre Stationen für medizinische Versorgung sorgten. Denn die eigentliche koloniale Gesundheitsfürsorge erstreckte sich nur auf die Europäer im Land und auf kamerunische Verwaltungsangestellte. Mit der Unabhängigkeit wurde ein Gesundheitswesen aufgebaut, das aber seine Aufgabe vor allem darin hatte, mit dem Gesundhalten der Bevölkerung den wirtschaftlichen Aufschwung zu fördern. In der Folgezeit erfuhr das Gesundheitswesen kaum Verbesserungen, auch investierte der Staat nicht weiter in diese Richtung (Nitzschke und von Lüttwitz 1981: 10-12; Neumann 1978: 128). Erst Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre fand eine Veränderung statt, nicht zuletzt durch internationale Konferenzen wie die Deklaration von Alma-Ata im Jahre 1978, die Konferenz von Lusaka 1985 und die Bamako-Initiative 1987. Der Fokus richtete sich nun mehr auf die

---

<sup>17</sup> Wobei diese Konflikte viele Hintergründe haben und nicht nur auf die Unterschiede zwischen anglophonem und frankophonem Gebiet reduziert werden können.

allgemeine Bevölkerung. Es wurden grossflächige Impfkampagnen zur Eindämmung von Epidemien durchgeführt, und die Mortalität von Neugeborenen und Müttern sollte gesenkt werden. Folgende drei Aussagen wurden bei der weiteren Planung und Durchsetzung der Gesundheitspolitik berücksichtigt:

- Jedes Individuum hat Anrecht auf gute Gesundheitsversorgung und auf Informationen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Bevölkerung und der Entwicklung eines Landes.
- Gute Gesundheitsversorgung beginnt auf kommunaler Stufe, das heisst, jedes Individuum hat sich und seinen Nächsten gegenüber Verantwortung.

Die Struktur des staatlichen Gesundheitswesens von Kamerun wurde verändert und erhielt folgende Gliederung:

- Die zentrale Ebene umfasst das Gesundheitsministerium, ein zentrales, ein allgemeines Spital und die medizinische Fakultät der Universitäten.
- Die intermediäre Ebene umfasst die Gesundheitsdelegierten in den Provinzen, die Provinzspitäler mit seinen Spezialisten und die verschiedenen Ausbildungsstätten für medizinisches Personal.
- Die periphere Ebene umfasst hauptsächlich die ausführenden Gesundheitseinrichtungen auf Distriktebene.

Auf der zentralen Ebene wird die Strategie des Gesundheitswesens entwickelt, die intermediäre Ebene ist für die Technik und das Vorgehen zuständig und die periphere Ebene ist operationell tätig (Kondji Kondji 2005: 113-121).

#### 4. Forschungskontext

---

Im Zeitraum zwischen 1996 und 2004 kamen noch weitere Punkte auf die Agenda des Gesundheitsministeriums:

- Kontrolle der Qualität von Medikamenten.
- Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen und nötigen Medikamenten.
- Verstärkte Bekämpfung von HIV/Aids.
- Stärkung der Immunität von Kindern und Schwangeren durch Impfungen.
- Verstärkte Bekämpfung von Malaria.
- Reorganisation des Gesundheitsministeriums.

Die Struktur der staatlichen Gesundheitseinrichtungen sieht heute folgendermassen aus: An der Spitze steht das Gesundheitsministerium (Ministère de la Santé et de l'Assistance Publique). Dann unterscheidet man zwischen sieben verschiedenen Kategorien von Gesundheitsangeboten. Die 1. und 2. Kategorie ist das Zentral- bzw. das Allgemeinspital, die direkt dem Ministerium angeschlossen sind. 3. Kategorie bilden die verschiedenen Provinzspitäler und 4. Kategorie die Distriktspitäler. Es folgen die Gesundheitszentren des Bezirks (5. Kategorie), die Subzentren (6. Kategorie) und die Gesundheitsstationen (7. Kategorie). Gesundheitszentren sind kleiner als die Spitäler, sie haben aber dennoch einige Betten in der Wöchnerinnen- und Beobachtungsstation, sowie Möglichkeiten zur Behandlung von akuten Krankheitsfällen. Die Gesundheitsstationen hingegen haben nur noch einen einfachen Konsultations- und Behandlungsraum (Kondji Kondji 2005: 157-174; Nitzschke und von Lüttwitz 1981: 15-16).

Der wichtigste Gesundheitsanbieter des Landes ist zwar der Staat, dennoch wird ein Grossteil der medizinischen Einrichtungen Kameruns von privaten Institutionen getragen. Probleme der staatlichen Gesundheitseinrichtungen sind die schlechte ökonomische Grundlage und



vor allem die bestehenden Verwaltungsstrukturen, die sich negativ auf die Effektivität des Gesundheitssystems auswirken (Schweikart 1992: 46-47). Die staatlichen Spitäler und Gesundheitszentren befinden sich vor allem im urbanen Raum, so sind die ländlichen Gebiete oft unterversorgt. Einen wesentlichen Betrag leisten dort traditionelle Heiler, private Anbieter und NGOs. Ein Grossteil der privaten Gesundheitseinrichtungen wird dabei von Kirchen betrieben. Und mehr: Aus ihren Bemühungen um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist erst das staatliche Gesundheitswesen entstanden (Swai 1999: 23). Die Wichtigkeit und die grosse Anzahl von kirchlichen Gesundheitsangeboten wird oft unterschätzt, weil sie in nationalen und internationalen Berichten über das Gesundheitswesen nicht auftauchen – das gilt für die meisten Entwicklungsländer, so auch Kamerun. Ihre Wichtigkeit zeigt sich aber auch darin, dass sie oft in staatliche Gesundheitsprogramme einbezogen sind und diese dadurch mittragen (Swai 1999: 24 und 32).<sup>18</sup> Die Kommerzialisierung der Gesundheitsfürsorge ist unterdessen weit fortgeschritten, vor allem im urbanen Bereich (Fuchs 2007: 216-217), denn die kirchlichen Spitäler und Gesundheitsangebote in den meisten Entwicklungsländern stecken in einem Dilemma. Einerseits wollen sie ihrer christlichen Berufung nachkommen, die besagt, den Armen und Bedürftigen zu helfen, und andererseits müssen sie nachhaltige Lösungen finden, um ihr Angebot auf einem qualitativ hohen Level zu finanzieren. Die kirchlichen Institutionen in den Entwicklungsländern können nicht mehr mit der uneingeschränkten Unterstützung von westlichen Organisationen rechnen, so wie das noch zur Kolonialzeit oder bis in die 1990er Jahre möglich war. Die Baptistische Kirche von Kamerun beispielsweise finanziert ihre Spitäler und Gesundheitszentren mit 90% aus Behandlungsgebühren, 1% aus staatlicher Unterstützung und zu 9%

---

<sup>18</sup> Auch das Spital in Manyemen ist in nationale Programme eingebunden.

aus finanziellen Mitteln, die von internationalen Partnern kommen (Benn 2002: 6). Es kann sogar so weit gehen, dass sich ein Spital zu fast 99% aus Behandlungsgebühren finanzieren muss und nur knapp über 1% der Gelder von anderen Spendern kommt (Swai 1999: 50). Die Finanzierung durch Behandlungsgebühren ist aber keine ideale Lösung, da sie die wirklich Armen vernachlässigt und eher die bessere Mittelschicht unterstützt. So verwundert es nicht, wenn diese Gesundheitseinrichtungen für die Armen nicht mehr erste Wahl sind. Die Armen erfahren so einen Verlust des Zugangs zu Gesundheitsangeboten und einen Rückgang der Qualität und Standards ihrer erhaltenen Pflege (Benn 2002: 1-2 und 5).

Es sollte nun nicht der Eindruck erweckt werden, dass die einzige Möglichkeit der Gesundheitsversorgung und -vorsorge durch den professionellen Sektor der westlichen Biomedizin abgedeckt wird. Der Laie hat die Entscheidung zu treffen, ob er sich selbst behandeln will oder ein Spital oder traditionellen Heiler aufsucht. Letztere nehmen in Kamerun nicht nur die Rolle des Heilers von Erkrankten ein, sondern genauso sind sie Helfer des täglichen Lebens. Ihr Verständnis geht vom Menschen als einer Gesamtheit und im Kontext seiner sozialen Bezüge aus, im Gegensatz zur naturwissenschaftlich ausgerichteten Biomedizin (Neumann 1978: 10 und 100-101). Während ein Arzt nach dem Wie einer Krankheit fragt, beschäftigt sich der Heiler mit dem Warum (Katz und Kirkland 1988: 1176). So werden Heiler beispielsweise eher von Bevölkerungsgruppen aufgesucht, die ebenfalls von oben genanntem Verständnis ausgehen. Oder der Erkrankte unterscheidet seinem Verständnis nach Krankheiten in solche, die nur von traditionellen Heilern, und solche, die nur von der westlichen Medizin behandelt werden können (siehe Kapitel 6.1.).

### ***4.3. Basler Mission und Presbyterian Church in Cameroon***

Die Evangelische Missionsgesellschaft Basel, auch Basler Mission genannt, wurde 1815 als eine der ersten deutschsprachigen Missionsgesellschaften gegründet. Die Absicht war, Missionare auszubilden, die dann für andere Organisationen in Übersee arbeiten sollten. Bald aber startete die Mission ihre eigenen Projekte in Westafrika und Asien (Südindien und China) (Jenkins 1989: 3, 5-8), denn in den frühen 20er Jahren des 19. Jahrhunderts gab es einige Fehlschläge in der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, wie zum Beispiel mit der englischen Church Missionary Society oder der American Colonization Society. Der Beginn der Missionstätigkeit war von etlichen Rückschlägen geprägt. Von den neun Missionaren beispielsweise, die in den ersten zehn Jahren der Missionstätigkeit an die Goldküste in Westafrika (heutiges Ghana) kamen, starben acht an tropischen Krankheiten innerhalb von ein bis drei Jahren nach Ankunft. Trotzdem entstanden immer mehr Missionsstationen (Schweizer 2002: 28-31).

Neben ihrem eigentlichen Missionsauftrag kümmerten sich die Missionare, die häufig selbst aus dörflichen Gegenden stammten, auch stark um die Landwirtschaft und das soziale Leben. In Westafrika beispielsweise wurde der Kakao als Kulturpflanze eingeführt und in Südindien gründeten sie Werkstätten für Baumwollspinnerei und -weberei sowie Ziegeleien. Eine Schlüsselrolle haben die Basler Missionare im Aufbau von Schulen und Krankenstationen gespielt – nicht zuletzt für sie selbst und die neuen Kirchengemeinden (Jenkins 1989: 6-7).

Die Tätigkeit in Kamerun begann im Jahr 1886, als Deutschland an der Berliner Konferenz von 1884/1885 den Teil von Afrika als Kolonie erhielt, in dem sich auch das heutige Kamerun befindet. Mit der

Machtübernahme der Deutschen zogen sich die englischen Baptisten zurück und überliessen alle ihre Missionsstationen den Basler Missionaren. Während des ersten Weltkrieges wurden alle europäischen Mitarbeiter der Mission zusammen mit der deutschen Besatzungsmacht von England und Frankreich in die Heimat zurückgeschafft. Eine Dekade lang wurden die Missionsstationen somit ohne weisse Missionare betreut. Im frankophonen Gebiet übernahm die Pariser Evangelische Mission die Stationen, nur im anglophonen Gebiet war die Basler Mission noch präsent. Mit der Rückkehr der Missionare aus Basel verschob sich ihre Tätigkeit in Kamerun. Verstärkt wurde der soziale Charakter der Mission, wie zum Beispiel im Aufbau der medizinischen Pflege und Versorgung, der Frauen- und Jugendarbeit, landwirtschaftlicher Entwicklungsprojekte und verschiedener handwerklicher Tätigkeiten. Auch erfolgte mit dem zweiten Weltkrieg, während dem ebenfalls keine europäischen Missionare in Kamerun blieben, eine zunehmende Indigenisierung der Missionstätigkeit, die schliesslich bis zur Verselbständigung der Mission in Kamerun führte und zwar in Form der Presbyterian Church in Cameroon (PCC). Als Gründungsdatum gilt der 13. November 1957, einzelne Abteilungen und Institutionen blieben aber noch bis 1968 unter der Aufsicht der Basler Mission. Mit der geistigen und administrativen Autonomie der PCC hat sich die Basler Mission (heute mission 21) nicht völlig zurückgezogen, sondern sieht sich verpflichtet, finanzielle Unterstützung zu leisten und, gemäss Nachfrage Ecomenical Coworkers, den neuen Typ von Missionaren zu rekrutieren (Thomas 1997).

Die PCC konnte in den ersten 20 Jahren des Bestehens einen stetigen Zuwachs von Mitgliedern verzeichnen, obwohl es zu Beginn vor allem an gut ausgebildeten Fachkräften mangelte (Nyansako-ni-Nku 1992: 10-11). Das Aufgabengebiet wurde durch den Wechsel von einer Mission zu einer

Kirche völlig geändert. Die soziale Präsenz und Aktivitäten neben dem Kernbereich wurden aber von der PCC übernommen und ausgeweitet, so zum Beispiel in den Bereichen Schulwesen, traditionelles Handwerk, ländliche Entwicklung, Gesundheitswesen u.a. Die PCC ist hauptsächlich im anglophonen Gebiet Kameruns tätig.

Die Struktur der PCC ist durch eine Konstitution gegeben, welche den Einbezug praktisch aller Mitglieder erlaubt (im 2008 sind es 421'835 offizielle Mitglieder). Entscheidungsfindungen basieren auf demokratischen Prinzipien. Höchstes Organ ist die Synode, die aus Repräsentanten aller Presbyterien besteht. Die 23 Presbyterien bestehen aus insgesamt 1362 Kongregationen (Stand 2008). Alle zwei Jahre trifft sich die Synode, in der Zwischenzeit fungiert das Komitee der Synode oder der *Synod Moderator*, der spiritueller Leiter der Synode ist, als Stellvertretung. Letzterem unterstehen der *Financial Secretary* und der *Synod Clerk*, welcher wiederum die verschiedenen, oben erwähnten Bereiche, die neben der kirchlichen Tätigkeit durchgeführt werden, unter sich hat. Die Stadt Buea ist Hauptsitz der PCC.

Die Spitäler, Gesundheitszentren und Spezialkliniken der PCC unterstehen dem *Health Secretary*, welcher sich vor dem *Synod Clerk* zu verantworten hat. Geleitet werden die Gesundheitsangebote aber von drei Teams: dem *general health services management Team*, dem *spezial health services management Team* und vom *Manager central pharmacy*. Sie haben dem *Health Secretary* direkt Bericht zu erstatten. Letzterer hat nicht nur eine koordinierende Funktion, sondern auch eine führende Funktion inne.

Allgemeines Ziel der Gesundheitsdienste der PCC ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes der ländlichen Bevölkerung der Südwest- und Nordwestprovinz Kameruns. Die offizielle Missionsbekundung des Gesundheitsdienstes der PCC lautet:

- Die PCC bietet eine hingebungsvolle, nachhaltige und erschwingliche Gesundheitsfürsorge hoher Qualität für alle Hilfesuchenden und zu jeder Zeit, im Rahmen der vorhandenen Ressourcen.
- Die Gesundheitsfürsorge geschieht, wo und wann immer möglich und unter angemessenen Bedingungen, auf ergänzende und nicht konkurrenzierende Weise unter Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften bezüglich der Gesundheitsfürsorge in Kamerun.
- Die Gesundheitsfürsorge erfolgt partizipativ, gestützt auf die Gemeinschaften (*community based*).
- Patienten, Mitarbeitern und der Gemeinschaft als Ganzes wird Gesundheitsbildung angeboten.
- Diese Mission wird mit einem tiefen Bekenntnis zur Menschenwürde, den Menschenrechten und den moralischen und ethischen Verpflichtungen der Gesundheitsberufe ausgeführt.

Unterdessen leitet die PCC vier Spitäler, 17 Gesundheitszentren und drei Spezialkliniken (Augen-, Zahn- und Rehabilitationsklinik). Die Gesundheitszentren sind, mit ein paar Ausnahmen, einem der vier Spitäler angeschlossen. Die zu behandelnden Benutzer kommen aus weiten, ländlichen Gebieten, teils aus sehr abgelegenen Ortschaften. Speziell berücksichtigt werden die besonders verwundbaren Gruppen wie Kinder, Frauen, Behinderte und Kranke.

#### **4.4. Das „Waldland“ Südwestkameruns**

Den Begriff des Waldlandes als ein Gebiet in Kamerun gibt es als solchen nicht. Er wird gelegentlich in Anlehnung und Abgrenzung zum bekannten Grasland im Nordwesten benutzt (so beispielsweise bei Fuchs 2007: 286; und Koloss und Homberger 2008: 13). In vorliegender Arbeit soll er für das Gebiet zwischen den Ortschaften Kumba, Mamfe und Mundemba in



einiges höher als im frankophonen Teil.<sup>19</sup> Eine wichtige Bedeutung für ganz Kamerun hat der Süd- und Nordwesten als landwirtschaftliche Schatzkammer mit seinen Ressourcen: Kaffee- (wichtigster Wirtschaftssektor des Landes) und Kakaoplantagen, Ölpalmen, Bananen-, Kautschukplantagen, Früchte und Gemüse (Schicho 1999-2004: 53 Bd. 2; und Fuchs 2007: 287-288). Trotz seiner wirtschaftlichen Wichtigkeit wird der anglophone Teil von der kamerunischen, frankophonen Regierung benachteiligt (Hillebrand und Mehler 1993: 448).<sup>20</sup> Das äussert sich vor allem in der fehlenden Infrastruktur: Das Strassennetz ist in einem sehr schlechten Zustand und weite Gebiete sind nicht an das Elektrizitätsnetz angeschlossen.

Das Waldland liegt auf der Kamerun-Linie,<sup>21</sup> wobei die Rumpi Hügel mit 1768 m.ü.M. die höchste Erhebung darstellen. Das Gebiet ist mit einer dichten Vegetation bewachsen, und der Boden ist überaus fruchtbar, was sich positiv auf jeglichen landwirtschaftlichen Anbau – für den Eigenbedarf oder zum Verkauf – auswirkt. Das tropische Klima hat zwei Jahreszeiten: die Trockenzeit von November bis April und die Regenzeit von Mai bis Oktober. Es kann jedoch auch noch in den Monaten November, Dezember, März und April alle paar Tage regnen. Ab Juni regnet es bereits mehrere Stunden pro Tag, bis es im Juli oder August bis zu einer Woche durchregnen kann. Für das Wachstum der Vegetation ist dieses Klima zwar ideal, dafür leiden die Strassenverhältnisse stark

---

<sup>19</sup> Relativ zum anglophonen Teil Kameruns ist das Waldland jedoch dünn besiedelt (Röschenthaler 2004b: 196).

<sup>20</sup> Das liegt unter anderem am historischen Hintergrund, und zwar an der Aufteilung der deutschen Kolonie zwischen Frankreich und England (siehe Kapitel 4.1.) und der Wiedervereinigung 1961. Trotz der offiziellen Gleichstellung, wie beispielsweise der Sprache, blieb der ehemals britische Teil in vielerlei Hinsicht benachteiligt (Fuchs 2007: 157-163).

<sup>21</sup> Eine vulkanische Gebirgskette, die sich von den Inseln Sao Tomé e Príncipe und Bioko (Äquatorialguinea) über den Mt. Cameroon und den Nordwesten bis in den Norden Kameruns (Mandara-Berge) und den Tschad (Tibesti-Massiv) zieht (Fuchs 2007: 116).



darunter, vor allem die Naturstrassen aus Lehm, die den Grossteil des örtlichen Strassennetzes ausmachen. Auch müssen Fusswege monatlich frei geräumt werden.

#### **4.4.2. Gesundheitszustand und medizinische Versorgung**

Die Qualität der Gesundheitsversorgung in den ländlichen Gebieten ist sehr stark von den Strassenverbindungen und den Standorten der Dörfer abhängig. Über Jahrzehnte wurde der Bevölkerung gelehrt, dass traditionelle Heiler zu meiden seien, nicht nur wegen ihrer unterschiedlichen, der Biomedizin entgegen gesetzten Methoden, sondern auch, weil eine Instanz fehlt, um gute Heiler von Scharlatanen zu unterscheiden. Lieber hat man von ihnen im Allgemeinen abgeraten. Die Bevölkerung zieht bei gesundheitlichen Problemen die Biomedizin vor, für spirituelle Probleme wendet sie sich jedoch immer noch an die traditionellen Heiler. Die Zahl der Heiler ist unterdessen stark zurückgegangen, es gibt nur noch ein paar wenige gute. Alle Heiler, die von ihrer Arbeit leben wollen, haben sich auf der Suche nach genügend Kundschaft in den Städten niedergelassen. Ähnlich verhält es sich mit den Spitälern und Gesundheitszentren, die sich in den Städten und an den Hauptstrassen befinden, nur ganz wenige sind abseits der Strasse auf dem Land zu finden. Folglich gilt: Nur wer in der Nähe einer Hauptstrasse wohnt hat die Möglichkeit, in relativ kurzer Zeit medizinische Versorgung zu erhalten. Im Gebiet zwischen Kumba, Mamfe und Mundemba gibt es fünf Spitäler (die Spitäler in den Städten Kumba und Mamfe sowie die Militärspitäler ausgenommen) und 29 Gesundheitszentren (die in Kumba und Mamfe ausgenommen) für die ca. 330'000 Einwohner (PGCSS 2003). Ob diese medizinischen Einrichtungen auch benutzt werden, hängt nicht nur von ihrer Erreichbarkeit ab. Unter anderem sind auch die Kosten ein wichtiger Faktor. 94.6% der anfallenden Gesundheitskosten einer Familie

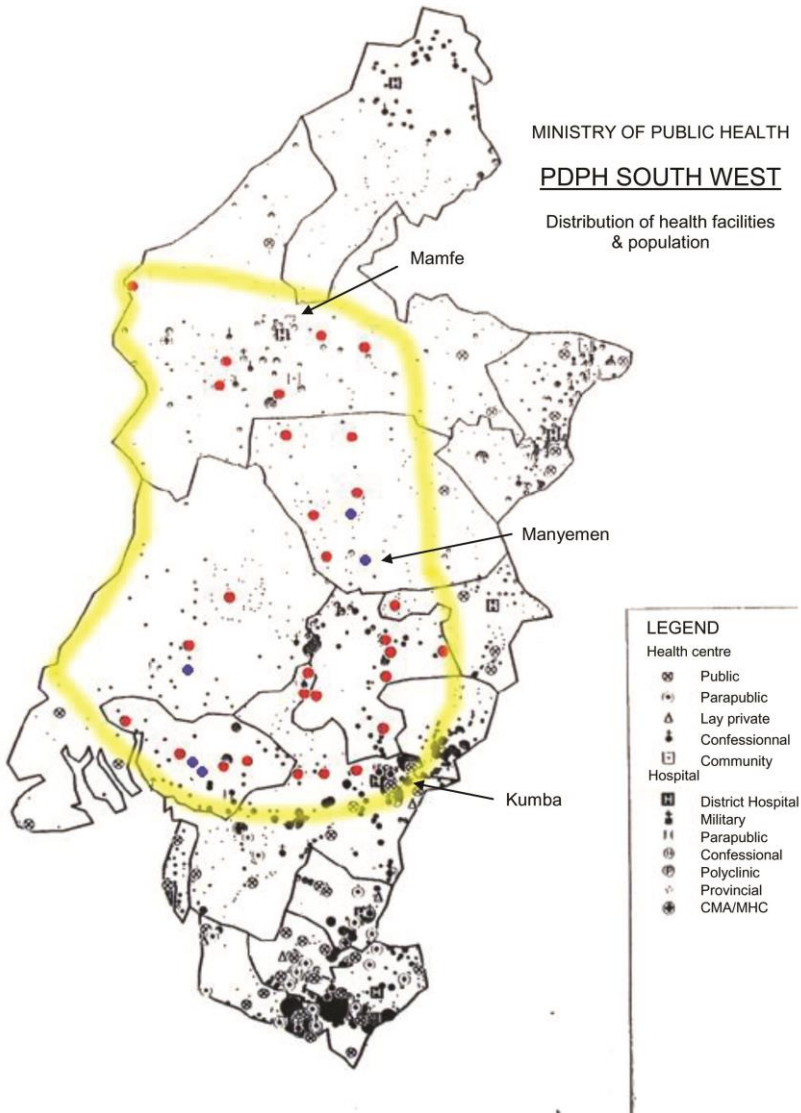
in Kamerun muss diese selbst tragen, in der Schweiz sind es nur 75.7% (WHO 2008). Die Ärztedichte in Kamerun beträgt 0.192 pro 1000 Einwohner, das ist ein Arzt auf über 5000 Einwohner. Die Ärzte machen jedoch nur 8.3% der Arbeitskräfte im Gesundheitssektor aus, mit 69% sind die Krankenschwestern, Pfleger und Hebammen viel zahlreicher. Ihre Dichte beträgt 1.598, das ist ein/e Krankenschwester/Pfleger auf 625 Einwohner.

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Kamerun liegt unterdessen bei ca. 50 Jahren,<sup>22</sup> wobei dies regional stark schwankt. Die HIV/Aids-Rate beträgt bei Erwachsenen 6.9% und die Tuberkulose-Rate 0.23% (WHO 2006). Die am häufigsten auftretenden Krankheiten der Waldlandregion sind: Malaria (und dadurch bedingte Anämie), Atemwegserkrankungen, Wurminfektionen (und Durchfall) bei Kindern, Diabetes, hoher Blutdruck und Herzprobleme bei älteren Menschen, HIV/Aids und Tuberkulose (gemäss Statistiken des Spitals Manyemen). Die Sterblichkeitsrate beträgt 44.4% bei Männern zwischen 15 und 60 Jahren, 43.2% bei Frauen zwischen 15 und 60 Jahren, 14.9% bei Kleinkindern unter 5 Jahren, 8.7% bei Säuglingen und 0.73% bei Müttern.<sup>23</sup> Häufigste Todesursachen bei Erwachsenen sind in ganz Kamerun: HIV/Aids (21%), Atemwegserkrankungen (14%), Malaria (8%), Durchfallerkrankungen (6%), Tuberkulose (2%) und Verkehrsunfälle (2%). Bei Kleinkindern (0-5 Jahren) sind die häufigsten Krankheiten: neonatale Ursachen (25%), Malaria (23%), Lungenentzündung (22%), Durchfallerkrankungen (17%), HIV/Aids (7%), Masern (4%) und Verletzungen (2%) (WHO 2006).

---

<sup>22</sup> 45% der Bevölkerung sind jünger als 15 Jahre und nur 3.5% älter als 65 (Fuchs 2007: 207).

<sup>23</sup> Jede Frau gebiert im Durchschnitt 4.6 Kinder (die Bevölkerungswachstumsrate beträgt 3.7%) (Fuchs 2007: 206-207).



Karte 2: Spitäler (blau) und Gesundheitszentren (rot) im Waldland  
(bearbeitete Karte von PGCSS 2003)

### 4.4.3. Sozio-politische Struktur

Während das Grasland im Nordwesten auf eine Blütezeit zurückblicken kann, in der viele grosse und einflussreiche Königtümer für eine ausserordentliche Hofkunst (geschnittzte Masken und Stühle, Schmuck- und Kleidungsstücke, Feste und Zeremonien etc.), eine ausdifferenzierte Religion und politischen Einfluss sorgten, waren für das Waldland eher kleinere Bevölkerungsgruppen typisch (Koloss und Homberger 2008: 13). Eine ethnische Gruppe umfasst in vielen Fällen nur fünf bis zehn Dörfer, die jeweils eine eigene Sprache sprechen.<sup>24</sup> Die Dörfer befinden sich vorwiegend an ökonomisch günstigen Stellen, in vorkolonialer Zeit beispielsweise nahe von Salzquellen und Flüssen (Handelsrouten). Mit dem Bau von Strassen sind viele Dörfer als ganze aus dem nahe gelegenen Wald an die Strasse gezogen. In fast allen Fällen ist die Dorfgemeinschaft patrilinear organisiert (Röschenthaler 2000: 189 und 193-206). Ein Häuptlingstum kannten sie kaum, denn es handelte sich um egalitäre und akephale Gesellschaften. Dennoch hat jedes Dorf heute seinen *Chief* und einen Dorfrat.<sup>25</sup> Das Amt des *Chiefs* ist per se nicht erblich, wird aber meistens vom Sohn übernommen. Er hat für die Aufrechterhaltung von Recht und Ordnung im Dorf zu sorgen und führt traditionelle Riten durch, er repräsentiert das Dorf in Verhandlungen und fungiert als Mittler zwischen Dorf und Regierung (Mbi 2005: 28-29). Heute haben die

---

<sup>24</sup> Kamerun ist bekannt für seine immense Vielfalt an Sprachen und sozialen Gruppen auf engstem Raum – Schätzungen gehen von 240 bis 290 verschiedenen Volks- und Sprachgruppen aus (Argenti 2005: 122; und Fuchs 2007: 189).

<sup>25</sup> Das Amt des administrativen *Chiefs* gibt es im Waldland erst seit der Kolonialzeit, ausser in den Randgebieten zum Grasland, wo hierarchische Gesellschaftsstrukturen vorherrschend sind. Das Dorf wurde damals vom Ältestenrat (Dorfrat) und von Geheimbünden regiert. Das sakrale *Chieftum* war jedoch schon vor der Kolonialzeit bekannt (Röschenthaler 2000: 192 und 206).

traditionellen Machtinstanzen<sup>26</sup> in Kamerun ihre einstige Bedeutung weitgehend eingebüsst, das gilt sowohl für die Königtümer des Graslandes als auch für die egalitären Gesellschaften des Waldlandes. Die Verwaltung und der grösste Teil der Gerichtsbarkeit liegen schon lange bei den öffentlichen Behörden und Gerichten (Koloss und Homberger 2008: 13). Dennoch hat die Gesellschaftsform Auswirkungen auf das soziale und politische Leben in der Gegenwart. So entspricht es nicht der Art der Bewohner des Waldlandes, sich zu Interessengemeinschaften zusammen zu schliessen oder Arbeitsgruppen zu bilden, die sie beispielsweise bei finanziellen Engpässen auffangen könnten. Jeder ist für sich selbst und für seine (grössere) Verwandtschaft verantwortlich. Es ist auch die Verwandtschaft, die sich um die Personen ohne Einkommen kümmert, oder die die grossen Ausgaben mitträgt (z.B. bei schweren Erkrankungen, einem Unfall oder dem Begräbnis eines Verstorbenen, das zu den grössten finanziellen Belastungen zählt). Die Notwendigkeit für Zusammenschlüsse in grösserem Stil bestand nur, wenn es um die Verteidigung des eigenen Landes gegen eine grosse, immigrationswillige Gruppe ging. Ein solcher Zusammenschluss kam in der gesamten Überlieferung nur einmal im 19. Jahrhundert vor, der Anführer und Initiator dieser erfolgreichen Verteidigung hat durch seine Rolle seine Popularität und politische Macht wesentlich stärken können. Kleinere Streitfälle haben zu einem Umzug der beteiligten Gruppen geführt (Röschenthaler 2000: 197 und 209). Die Identität jeder Person wird definiert erstens durch die Patrilineage und zweitens durch die Dorfgemeinschaft, ein weiteres Kriterium ist die Mitgliedschaft in einem Bund (mehr zu Bünden und ihrer Entstehung bei Röschenthaler 2004b) und die Altersgruppe, wobei letztere Zugehörigkeit

---

<sup>26</sup> Mit „traditionell“ sind nicht nur die Machtinstanzen der vorkolonialen Zeit gemeint, sondern auch die, die während oder durch die Kolonialzeit entstanden sind.

relativ unwichtig ist.<sup>27</sup> Die Dorfgemeinschaft meint dabei nicht nur die Lokalität, sondern ebenso die sozialen Werte des Dorfes. Zur Lokalität gehören neben den Häusern auch die Felder, die heiligen Haine und die wirtschaftlich oder strategisch nutzbaren Orte, wie Fischplätze, Lehmgruben und Brücken (Röschenthaler 2000: 199-200).

### 4.4.4. Wirtschaftliche Situation

Der überaus grösste Teil der Bevölkerung im Waldland ernährt sich von der Landwirtschaft. Es wird jeweils saisonabhängig Maniok, Yams, Mais, Kochbananen, Süsskartoffeln und verschiedenes Blattgemüse zum Eigenbedarf vorwiegend von den Frauen angepflanzt.<sup>28</sup> Eigene Bäume oder der Wald liefern Früchte wie Mango, Kokosnuss, Ananas, Papaya, Avocado, Banane und Orange. Einkommensmöglichkeiten gibt es nur wenige. Die wichtigste davon ist der Anbau von Kakao, der ausschliesslich von den Männern betrieben wird.<sup>29</sup> Der Kakao kann während der Monate August bis Oktober geerntet werden, in den übrigen Monaten muss die Pflanze gepflegt werden – vor allem geht es darum, den schnell wachsenden Urwald fernzuhalten.<sup>30</sup> Eine andere Einkommensmöglichkeit

---

<sup>27</sup> Ganz im Gegenteil zum Beispiel zu den Dowayos im Norden Kameruns, wo Gleichaltrige durch ihre gemeinsame Beschneidung zu „Genossen“ werden, die sich in Schwierigkeiten gegenseitig unterstützen (Barley 2001: 45).

<sup>28</sup> Je nach Lokalität kann ein Boden zwei bis sieben Jahre bepflanzt werden bis neuer Wald gerodet werden muss (der brach liegende Boden ist innerhalb eines Jahres wieder mit Dickicht bewachsen) (Röschenthaler 2000: 192-193).

<sup>29</sup> Die Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen ist vor allem auf dem Land stark ausgeprägt. Ein junger Zuzüger beispielsweise, der keine Familie und somit keine weibliche Verwandte in der Nähe hatte, musste sich sein Essen immer kaufen, da er sich ausschliesslich um die Kakaopflanzung gekümmert hat.

<sup>30</sup> Durch die – auch kleinräumigen – Migrationen hat nicht jede Familie ein eigenes Feld, um Kakao anzupflanzen. Es muss gepachtet werden. Im Waldland sind zwei verschiedene Pachtsysteme in Gebrauch:

ist der Verkauf von landwirtschaftlichen Erzeugnissen, die vor allem von Frauen genutzt wird, um etwas Geld zur Überbrückung bis zur nächsten Kakaoernte zu erwirtschaften. Handwerklich wird kaum noch gearbeitet, die geflochtenen Körbe und Schlafmatten, die geknüpften Fischernetze oder die getöpften Gefässe sind unterdessen von Billigimporten aus dem Ausland, vor allem Nigeria und China, verdrängt worden. Der Verkauf von Palmwein stellt für Männer eine Einnahmequelle dar, er wird aus dem Saft einer gefällten Ölpalme gewonnen. Des Weiteren gehen noch einige wenige Männer zur Jagd oder fischen (Mbi 2005: 27-28). Alle grösseren Tiere des Waldes (z.B. Elefanten, Gorillas, Schimpansen) sind unterdessen vom Menschen verdrängt worden oder leben nur noch in Nationalparks. Gejagt werden kleinere Tiere wie Stachelschweine, Waldantilopen und Leguane. Weitere Einnahmequellen, allerdings mit geringen Erfolgchancen, sind eine Anstellung im Spital oder bei einer der Holzschlagfirmen. Alle diese Verdienstmöglichkeiten, ausser dem Anbau von Kakao und den Anstellungen, dienen der Aufbesserung der Haushaltskasse, um dringend nötige Ausgaben aufzufangen.

Durch die Subsistenzwirtschaft gibt es grundsätzlich immer genug Nahrung, jedoch fehlt es oft an Geld. Die monetäre Situation wird durch die Ernte des Kakaos bestimmt. Ab frühestens Juli bis spätestens November verfügen die Leute über Geld, der Verkauf selbst findet je nach Wohnort und Ernte etwa drei Mal pro Saison statt. Diese grossen

- 
1. Es wird ein fester Pachtbetrag vereinbart. Das Risiko liegt beim Pächter, der eine Missernte selbst zu tragen hat. Er kann unter Umständen aber auch viel mehr als erwartet verdienen. Der Besitzer erhält zwar etwas weniger, dafür auf sicher.
  2. Der Pachtbetrag ist prozentual. Das Risiko verteilt sich auf Pächter und Besitzer. Der Besitzer verdient durch die Arbeit des Pächters, welcher selbst nur wenig verdienen kann.

Meistens wird das zweite System angewendet, weil das für den Besitzer vorteilhafter ist. Nur wenn der Besitzer dringend und kurzfristig Geld braucht, kommt das erste System zum Tragen.

Geldbeträge sind schnell ausgegeben, denn es müssen die Schulden der Vorerntezeit bezahlt werden, die Schulgebühren der Kinder sind wieder fällig, Reparaturen an Haus und Feld wollen gemacht werden und schliesslich müssen die aufgeschobenen Krankheiten endlich behandelt werden. Spätestens zur Weihnachtszeit ist das letzte Geld ausgegeben und es müssen wieder Schulden gemacht werden.

Es gibt die Möglichkeit, Kredite von Banken oder Kreditanstalten zu erhalten, was jedoch lange nicht allen zugänglich ist, da Sicherheiten verlangt werden. Meist funktionieren diese Kredite als Vorauszahlung des Lohnes – die Kreditanstalt erhält die Rückzahlung dann direkt vom Arbeitgeber. Weil aber die wenigsten eine Festanstellung mit regelmässigem Lohn haben, bleibt ihnen diese Art von Bargeldbeschaffung verwehrt. Im nicht professionellen Sektor gibt es zwei Arten, wie Personen an Geld kommen können: Die Geldsammlung und die Njangi-Gruppe. Bei der Geldsammlung trifft sich eine Gruppe zu einer gegebenen Zeit, um Geld für eines der Mitglieder zu sammeln. Meistens besteht ein Grund dafür, z.B. eine Geburt, ein Todesfall oder Weihnachten. Solche Gruppen bilden sich aufgrund ethnischer oder geschlechtlicher Zusammengehörigkeit. Diese Art der Sammlung ist wohl aus den traditionellen Sammlungen für bedürftige Personen im Dorf entstanden. Auch eine Njangi-Gruppe trifft sich regelmässig. Mit Njangi ist in Kamerun eine rotierende Spargruppe gemeint (ROSCA = rotating saving and credit association). Bei jedem Treffen zahlt jedes Mitglied einen immer gleich grossen Betrag in die Kasse. Jedes Mal erhält nun ein anderes Mitglied den ganzen Betrag für sich, und kann ihn beispielsweise als Startkapital für ein eigenes Kleinunternehmen benutzen. Das Fehlen an einem dieser Treffen wird von der Gruppe finanziell bestraft (Niger-Thomas 1995: 98-100).



Diese Arten von Unterstützung in der Gruppe trifft man kaum in ländlichen Gebieten an, sie beschränken sich auf Städte wie Mamfe und Kumba. In den Dörfern ist es üblicher, Waren und Leistungen gegen horrenden Zinsen im Voraus zu beziehen, und dem Händler das Geld mit der Kakaoernte wieder zurück zu zahlen. Wenn eine Person oder Kleinfamilie alle Möglichkeiten ausgeschöpft hat und nicht mehr an Geld kommen kann, hat die nahe bis ferne Verwandtschaft die Pflicht, sich im Bedarfsfall darum zu kümmern. Für die (oder meistens den einen)<sup>31</sup> Geldverdiener der Familie, können diese Unterstützungen der ganzen Verwandtschaft eine sehr grosse finanzielle und psychische Belastung sein. Die Unterstützung der Familie ist einer der wichtigsten Faktoren für die schlechte Sparmoral der Bevölkerung. Falls ein Bauer auch nach Weihnachten von der Ernte noch Geld übrig hat, so findet sich immer jemand in seiner grossen Verwandtschaft, der nun dringend dieses Geld benötigt. Der Bauer wird dieser Person das Geld geben, denn er weiss nie, ob er selbst nicht auch mal etwas benötigen wird.

#### ***4.5. Manyemen, Ort der Forschung***

Manyemen liegt an der Verbindungsstrasse zwischen den Städten Kumba und Mamfe mitten im Waldland (der rote Punkt in Karte 1 auf Seite 69).<sup>32</sup> Politisch gehört das Dorf zur Nguti Subdivision in der Kupe & Manenguba Division der Südwestprovinz von Kamerun. Durch seine Grösse, Manyemen hat 2500 Einwohner (PGCSS 2003), und seiner

---

<sup>31</sup> Auch Frauen werden zu den einzigen Geldverdienern der Familie, beispielsweise wenn sie als einzige eine Festanstellung haben. Einige der Angestellten im Spital Manyemen hatten diese Stellung inne.

<sup>32</sup> Die heutige Strasse entspricht in etwa der alten sogenannten Balistrasse, die die deutsche Kolonialbehörde erbauen liess (Röschenthaler 1999: 148).

Wichtigkeit durch das Spital kann es sich mit der Bedeutung von Nguti, des Hauptortes der Subdivision, messen.

Manyemen ist eines der typischen Dörfer dieser Gegend, deren Häuser sich der Strasse entlang aufreihen. Die Häuser befinden sich auf der Anhöhe vor einer der Senken der Kamerun-Linie, in der der fruchtbare Boden die Möglichkeit gibt, Kakao anzubauen und Landwirtschaft zu betreiben. Während es in der Senke immer genügend Wasser gibt, fehlt es während der Trockenzeit jedoch oft im Dorf selbst. Ein weiteres infrastrukturelles Problem ist der Zugang. Ein Teil der Verbindungsstrasse zwischen Kumba und Mamfe ist zwar geteert, um aber in eine der beiden Städte zu gelangen, muss man teils sehr schlechte Strassen bewältigen. Auch fehlt Elektrizität in Manyemen, da es nicht an das staatliche Elektrizitätsnetz angeschlossen ist – auch eine der Auswirkungen der Benachteiligung des anglophonen Teiles von Kamerun. Das Spital und vermögendere Personen oder Unternehmer helfen sich mit Generatoren aus.

Die Bevölkerung ist durch unzählige Zuwanderungen aus dem gesamten anglophonen Teil Kameruns sehr heterogen geworden. Neben dem fruchtbaren Boden ist vor allem das Spital seit der Gründung 1954 Grund für die vielen Zuzüge. Manyemen zählt zu einem der Dörfer, in denen die Upper Balong (auch Bakoni-Clan genannt) leben: Ayong, Baro, Manyemen, Osirayib, Sikam und Talangaye.<sup>33</sup> Die Upper Balong sind zahlenmässig eher klein. Ihre Nachbarn im Süden, die Bakundu, und im Norden, die Banyang, sind zahlreicher. Die Sprache ausgenommen gibt es nur kleine Unterschiede zwischen den verschiedenen Ethnien im Gebiet zwischen Kumba und Mamfe. Die vorherrschende Religion ist das Christentum. Während jedoch im frankophonen Gebiet der Katholizismus die wichtigste Konfession ist, sind es im anglophonen

---

<sup>33</sup> Es handelt sich beim Namen Upper Balong um eine Eigenbezeichnung.

Gebiet die evangelikalen Konfessionen und darunter vor allem die Presbyterianer. Seit der Gründung des Spitals gibt es sogar zwei presbyterianische Kirchen im Ort. Die soziale Organisation und die Wirtschaftsform entsprechen im Grossen und Ganzen denen im restlichen Waldland, kleine Unterschiede gibt es in der Ernährung. Die Sprachen unterscheiden sich jeweils stark. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Ethnien geschieht fast ausschliesslich in Pidgin-Englisch.

Die meisten Dorfnamen des Waldlandes charakterisieren den Ort selbst, die Umgebung oder seine Bewohner und verweisen beispielsweise nicht auf die Genealogie – im Gegensatz zu den Clannamen (Röschenthaler 2000: 203). Der Name Manyemen entstand aus den Wörtern „vanye“ und „mmen“, was in Kitchui, der Sprache der Upper Balong, Nahrung oder Treffpunkt (vanye) und Ziege oder Vieh (mmen) bedeutet. Manyemen heisst also Futtertreffplatz für Vieh. Es wird vermutet, dass dieser Name in den 1920er Jahren entstand, als noch viele Viehhändler mit Rinderherden aus dem Grasland hier vorbeikamen, um sie an der Küste zu verkaufen (Agbor 2000: 6-7).

### 5. Medical Institutions Manyemen

Das folgende Kapitel soll eine Übersicht über die Entstehung, die Organisation, das Angebot, Schwierigkeiten und Vorteile des Spitals in Manyemen vermitteln.

#### ***5.1. Die Entstehung des Spitals in Manyemen***

Zu Beginn der 50er Jahre des letzten Jahrhunderts wollten die Basler Missionare (siehe Kapitel 4.3.) eine Leprastation in Kamerun eröffnen. Die Schwierigkeit war, ein Dorf zu finden, welches ihnen erlaubte, eine solche zu bauen, denn die grosse Ansteckungsgefahr war bekannt. Manyemen war das einzige Dorf, das Land für eine Leprastation zur Verfügung gestellt hatte (Agbor 2000: 15-16), und so konnten in Manyemen 1954 die ersten Patienten behandelt werden. Die Station befand sich 2 km vom Dorf und der Hauptstrasse entfernt am Fusse der Erhebung, auf der Manyemen steht. Es war genügend Wasser vorhanden, und die Station war umgeben von fruchtbarem Land, von welchem sie einen beträchtlichen Teil erhielt. Erst 1966 entstand neben der Leprastation eine Sektion für allgemeine Medizin, in der alle möglichen Krankheiten behandelt werden konnten. Diese Sektion, das *General Hospital*, entstand aufgrund der grossen Nachfrage seitens der Benutzer und wurde unabhängig von der Leprastation geführt. Das *General Hospital* wurde am Rande des Dorfes Manyemen gebaut und verfügte über 40 Betten, einen Röntgenapparat, einen Operationssaal, ein Labor und eine Apotheke. Im Jahr 1978 wurde die Leprastation umbenannt in *Hanseniasis and Rehabilitation Centre* (HRC) und übernahm zusätzlich zu den Leprafällen auch Fälle von Tuberkulose. Bis heute werden alle Lepa- und Tuberkulosepatienten im HRC behandelt. Unterdessen wurde die alte

Leprastation aufgegeben und das HRC befindet sich im 1966 gegründeten Spital, während das *General Hospital* nun direkt an der Strasse steht. 1989 wurde das General Hospital und das HRC auf administrativer Ebene zusammengeschlossen und es entstanden die Medical Institutions Manyemen (Agbor 2000: 22-25). Seit der Gründung 1954 bis ins Jahr 2001 lebten und arbeiteten in Manyemen ununterbrochen Ärzte und Mechaniker/Techniker aus Europa (Agbor 2000: 42). Dieser Umstand hat das Dorf Manyemen wesentlich geprägt. Das Spital hat viele Menschen aus dem ganzen anglophonen Gebiet angezogen und ist verantwortlich für die heterogene Bevölkerung und die jetzige Grösse des Dorfes, nach offiziellen Angaben hatte Manyemen im Jahr 2003 2500 Einwohner (PGCSS 2003).

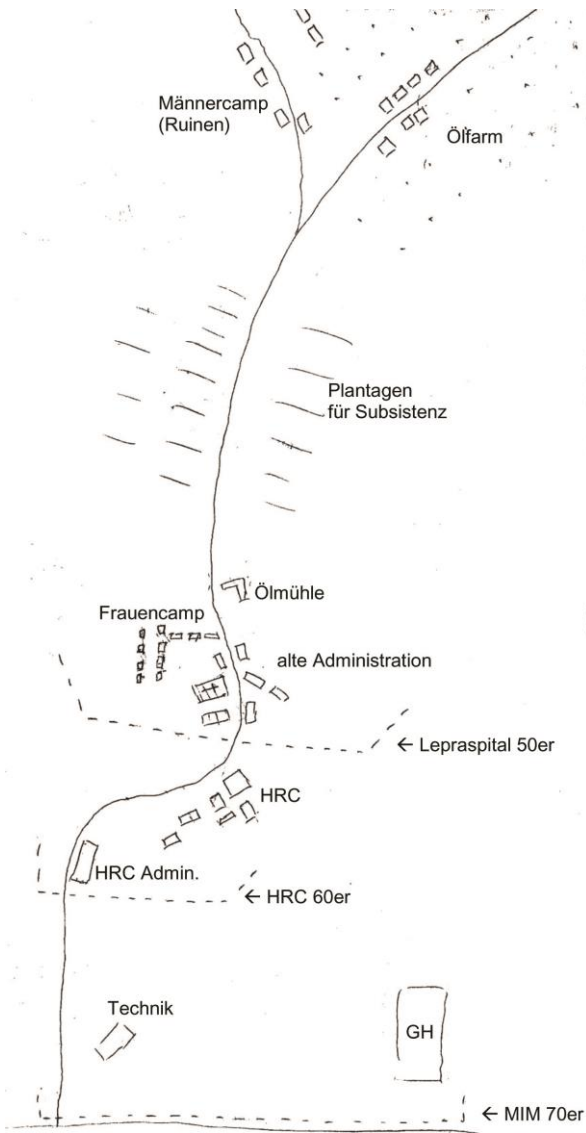
Das Spital gründete im Umland – auf dem Land aber vor allem auch in Städten – Gesundheitszentren, die ambulante Behandlungen anboten, daneben aber auch einige Betten für stationäre Aufenthalte und Geburten hatte. Geführt wurden (und werden) sie von mindestens einem ausgebildeten Krankenpfleger. Ein Arzt von Manyemen besuchte diese Gesundheitszentren in regelmässigen Abständen und führte Konsultationen und wenn nötig Operationen durch. Durch diese Gesundheitszentren hat sich das Einzugsgebiet des Spitals wesentlich vergrössert, da Benutzer mit schweren Erkrankungen jeweils an das Spital in Manyemen weiterverwiesen wurden. Folgende Gesundheitszentren wurden vom Spital gegründet: Besongabang/Mamfe, Dikome, Kumba, Limbe, Madie, Mbongo und Muyuka. Drei davon (Besongabang/Mamfe, Kumba und Limbe) befinden sich in urbanem Gebiet und haben sich über die Jahre fast schon zu eigenen Spitälern entwickelt. Benutzer müssen nur noch in seltenen Fällen nach Manyemen weiterverwiesen werden. Muyuka ist zentral an der Verbindungsstrasse zwischen Kumba und Buea gelegen und zählt deshalb auch zu den grösseren Gesundheitszentren. Die drei

ruralen Gesundheitszentren (Dikome, Madie und Mbongo) sind bis heute noch sehr klein und schwer erreichbar. Die Arztbesuche aus Manyemen gestalten sich daher eher schwierig.

### ***5.2. Aufbau und Organisation***

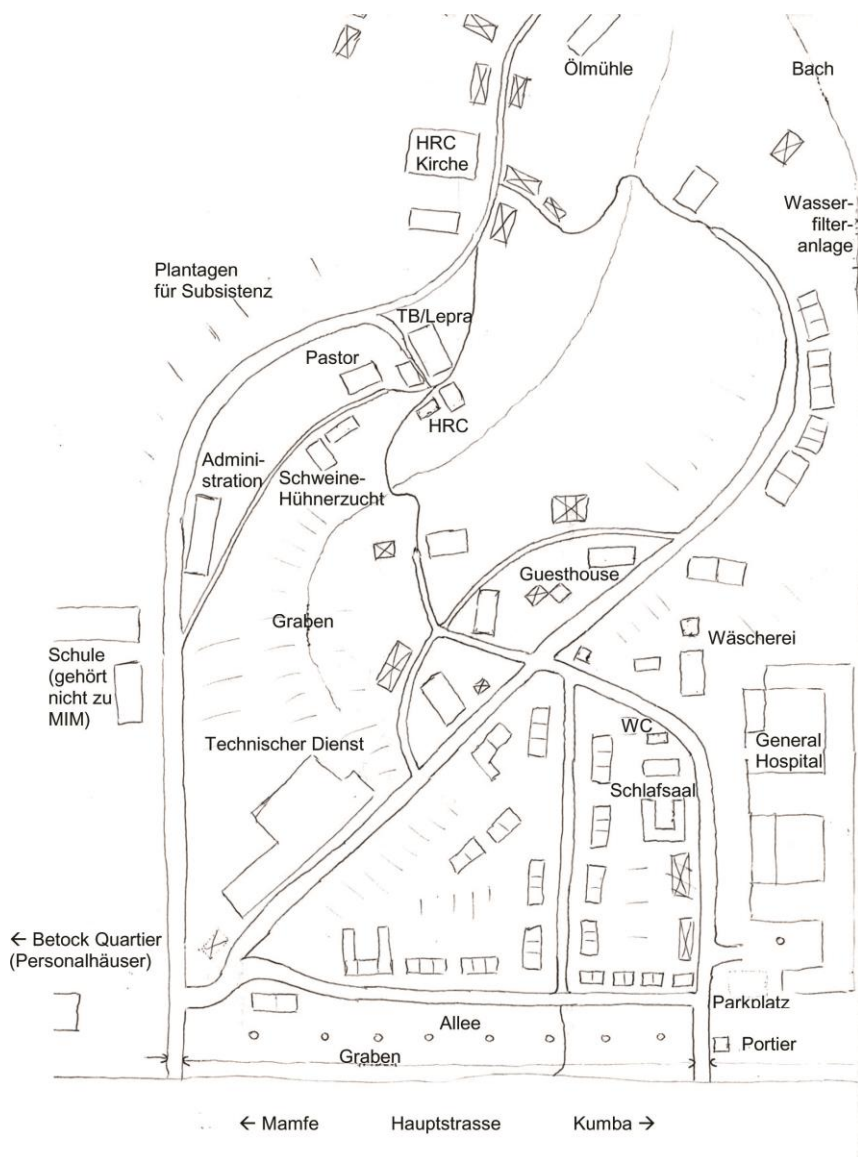
Viele Gebäude der alten Leprastation werden heute gar nicht mehr gebraucht, zum Teil wurde das Material für neue Bauten verwendet. Die Abteilung für Männer der ersten Leprastation lag weit entfernt bei der Ölfarm, heute stehen davon nur noch ein paar Ruinen und die Fundamente (siehe Karte 3 auf der nächsten Seite). Die Häuser der alten Administration sind leer, es wird nur noch die alte Abteilung der Frauen bewohnt und zwar von den Lepra-Langzeitpatienten und den geheilten Leprapatienten, die nicht mehr zu ihren Familien zurückkehren konnten. Das HRC befindet sich heute in dem Teil, der in den 60er Jahren erbaut wurde. Das Gebäude der HRC Administration wird heute als Administrationsgebäude der gesamten MIM benutzt. In den 70er Jahren wurde das Spital um das heutige *General Hospital*, den technischen Dienst und die Arbeits-, Unterkunfts- und Personalhäuser nahe der Strasse erweitert. Karte 4 (Seite 86) zeigt den Teil des Spitals, der heute noch in Betrieb ist, erbaut in den 60er und 70er Jahren.

Das *General Hospital* liegt heute direkt an der Hauptstrasse und somit auf einer Erhöhung wie das gesamte Dorf. Es wurde 2007 von der kamerunischen Regierung (mit Hilfe von deutschen Entwicklungsgeldern) renoviert. Das HRC ist am Hang erbaut, während die alte Leprastation in der Ebene liegt (besserer Wasserzugang). Die Plantagen stehen den Mitarbeitern zur Verfügung. Die weiter entfernte Ölplantage dient dem Spital zur Öl- und Seifengewinnung.



Karte 3: Umgebungsplan des Spitals Manyemen

## 5. Medical Institutions Manyemen



Karte 4: Plan des Spitalareals



Das *General Hospital* hat 120 Betten für die Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Kinder und Geburtshilfe. Der Operationssaal ist gross und für kamerunische Verhältnisse gut ausgerüstet. In der Sektion für die ambulanten Behandlungen ist folgendes untergebracht: Der Empfang, die Sprechzimmer, das Labor, das Röntgen-<sup>34</sup> und Ultraschallgerät, Gipszimmer/Notfallstation und eine Apotheke. Des Weiteren gibt es eine kleine Augenstation und ein Basisgesundheitsversorgungsteam (*Primary Health Care* = PHC), das Impfungen, kleinere Behandlungen und Gesundheitsaufklärung ausserhalb des Spitals durchführt. Die Augenstation wird von der Presbyterianischen Augenklinik in Bafoussam geführt, drei- bis viermal im Jahr kommt ein Team aus Bafoussam und führt Konsultationen und wenn nötig Augenoperationen durch.

Das HRC hat 53 Betten für Leprapatienten und 40 für Tuberkuloseerkrankte. Ausser des Büros des Pflegepersonals wurde alles ins General Hospital verlegt, sodass die HRC-Benutzer für Labortests oder andere Untersuchungen ins General Hospital gehen müssen. Ans HRC ist die Ölmühle angeschlossen. Dort wird aus dem Ertrag aus der Ölpalmlantage das lokal häufig gebrauchte Palmöl für den Eigengebrauch oder zum Verkauf produziert. Aus den Abfallprodukten der Ölproduktion wird Seife für die Spitalwäscherei hergestellt. Ein technischer Dienst mit Werkstatt sorgt für die Wasser- und Stromversorgung sowie für den Unterhalt der Fahrzeuge und Gebäude.

Die Leitung des Spitals obliegt dem Oberarzt. Alle wichtigen Entscheidungen müssen jedoch von drei Personen gefällt werden: Dem Oberarzt, dem Administrator und dem Buchhalter. Der Administrator sorgt sich um die Instandhaltung der Infrastruktur des Spitals (Gebäude, Wasserleitungen, Fahrzeuge, Strom), repräsentiert es nach Aussen (z.B. in rechtlichen Fällen oder bei der Betreuung von Besuchern) und hat die

---

<sup>34</sup> Das Röntgengerät wird aus Altersgründen nicht mehr benützt.

## 5. Medical Institutions Manyemen

---

Verwaltung unter sich. Neben der Buchhaltung ist der Buchhalter für die Geldeingänge und -ausgänge verantwortlich (Zahlung der Löhne und Rechnungen, Verwaltung der Einnahmen). Die Hauptaufgabe des Oberarztes ist die medizinische Leitung des Spitals, bei der ihm der Leiter der Pflegedienste zur Seite steht.

Die meisten vom Spital gegründeten Gesundheitszentren (Besongabang/Mamfe, Dikome, Kumba, Limbe, Madie, Mbongo und Muyuka) sind in der Zwischenzeit finanziell und/oder administrativ von Manyemen unabhängig. Der Gesundheitskomplex Kumba<sup>35</sup> hat unterdessen mehr Ärzte als Manyemen und ist dank des Standortes in der Stadt um einiges besser besucht: Drei permanent anwesende Ärzte sorgen sich um die jährlich über 3000 stationären und die über 17'000 ambulanten Patienten.<sup>36</sup> Der Komplex umfasst 94 Betten (Neba 2007: 32). Ihm angeschlossen sind nicht nur die Gesundheitszentren von Limbe und Muyuka, sondern auch zwei Rehabilitationsabteilungen. Eine arbeitet mit Benutzern, die nach Kumba kommen, die zweite Abteilung besteht aus einem Team, das Hausbesuche im weiteren Umland von Kumba macht. Das Gesundheitszentrum Besongabang ist finanziell (und faktisch auch administrativ) von den MIM unabhängig. Dank dem Standort wächst auch dieses Gesundheitszentrum mit 55 Betten stark an: 2100 stationäre und 6900 ambulante Patienten haben es letztes Jahr besucht (Egbe 2007: 28). Einzig die drei kleineren, in ausgeprägten ruralen Gebieten gelegenen Gesundheitszentren Dikome, Madie und Mbongo sind weiterhin dem Spital in Manyemen angeschlossen. Sie müssen autonom arbeiten, da die zwei Ärzte mit den eigenen Patienten bereits voll ausgelastet sind.

---

<sup>35</sup> Das ehemalige Gesundheitszentrum Kumba wird seit vier Jahren Gesundheitskomplex genannt. Faktisch gesehen ist es ein Spital, es fehlt aber noch die offizielle, staatliche Anerkennung.

<sup>36</sup> Zum Vergleich die Zahlen aus der Statistik der MIM: 1230 stationäre Patienten und 5298 ambulante Patienten (Kohlmeier 2006: 17).

### ***5.3. Das Angebot des Spitals***

Das Spital bietet in der Abteilung Innere Medizin und der Kinderabteilung Behandlungen zu Infektionskrankheiten (Malaria, Lungenentzündung, Durchfall-, Wurm- und Atemwegserkrankungen) und altersbedingten Krankheiten (Rheuma, Diabetes) an. Verletzungen, Unfälle und operationell zu behandelnde Krankheiten werden in der Abteilung Chirurgie behandelt. Daneben steht noch das Angebot der Abteilung für Geburtshilfe. Seit 2005 findet eine Spezialisierung des Spitals in Richtung plastischer Chirurgie statt. Jährlich werden Spezialisten aus Deutschland eingeladen, die während einer bis zwei Wochen Operationen durchführen. Auch ist der Chefarzt des Spitals bekannt als Facharzt für plastische Chirurgie.<sup>37</sup>

Die MIM sind über die Südwestprovinz hinaus bekannt als Behandlungsspital für HIV/Aids, Tuberkulose und Lepra. Als eines der wenigen Spitäler Westkameruns behandeln sie die Tuberkulosepatienten die ersten zwei Monate stationär, weil die Krankheit erstens dann noch sehr ansteckend ist und zweitens weil die regelmässige Medikamenteneinnahme zu Beginn der Krankheit äusserst wichtig ist. Ebenfalls einen Namen haben sich die MIM als gutes Behandlungsspital für HIV/Aids gemacht, das die Fälle diskret und einfühlsam behandelt. In folgenden vier nationalen Gesundheitsprogrammen sind die MIM eingebunden:

- Programm der medizinischen Grundversorgung (PHC)
- Lepraprogramm

---

<sup>37</sup> Er wurde von der Kirchenleitung während meines Forschungsaufenthaltes in ein anderes Spital in der Nordwestprovinz (Acha-Tugi) transferiert. Da die Spezialisierung eines Spitals stark von den Ärzten abhängt, wird sich die Spezialisierung in plastischer Chirurgie nun vermutlich vom Spital Manyemen nach Acha-Tugi verlagern.

## 5. Medical Institutions Manyemen

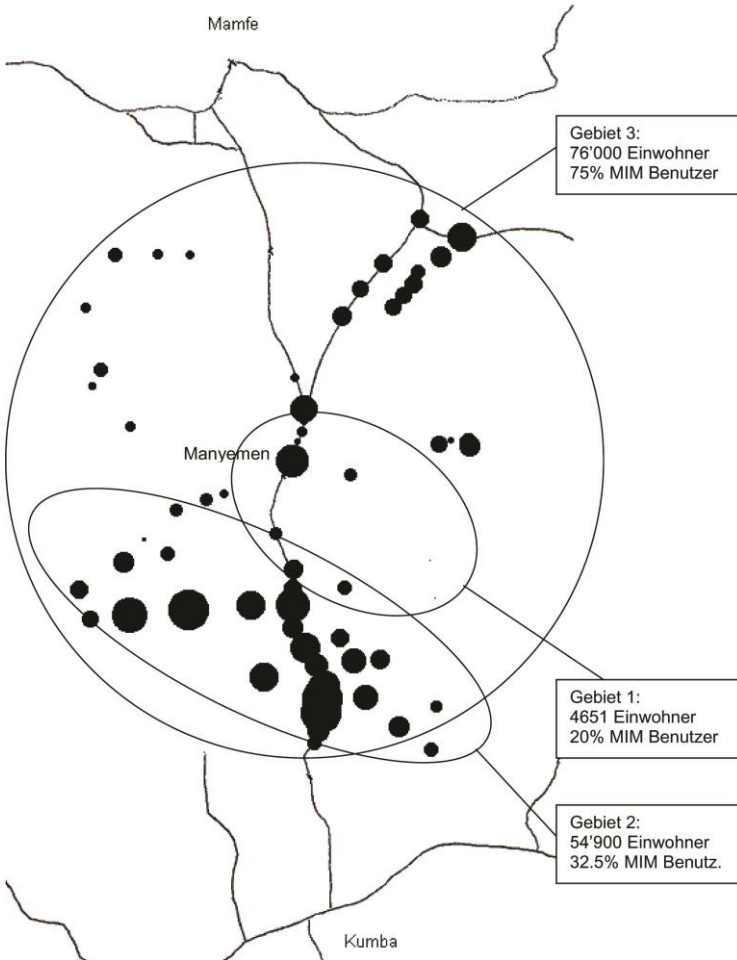
---

- Tuberkuloseprogramm
- HIV/Aids Programm

In all diesen Programmen werden dem Spital die jeweiligen Medikamente, Impfstoffe und teilweise Labormaterialien kostenlos zu Verfügung gestellt, die es wiederum an die Benutzer weitergibt. Des Weiteren gibt es für einzelne dieser Programme weitere Sachleistungen, wie zum Beispiel einen Kühlschrank zur Aufbewahrung der Impfstoffe und ein Motorrad für die Hausbesuche des PHC-Teams. Supervision und Weiterbildungszusammenkünfte sind Sache der Programme und werden vom Staat bzw. dem Anlagefond bezahlt. Das Spital ist verantwortlich für die örtliche Logistik der Programme, den Transport der Medikamente und des Materials, die Erstellung der Statistiken und die Übernahme der Kosten für Ausrüstungswartung und Personal (Kohlmeyer 2007: 1).

Das Einzugsgebiet des Spitals erstreckt sich von Kumba nach Mundemba der Grenze zu Nigeria entlang bis Mamfe (siehe Karte 1 auf Seite 69 die gelbe Fläche). Einzelne Benutzer kommen sogar aus Buea, Limbe, Douala und Yaounde. In Karte 5 auf der folgenden Seite ist das Einzugsgebiet des Spitals nach folgenden Gebieten ersichtlich: Für über 4500 Einwohner in der Umgebung ist es die am nächsten gelegene biomedizinische Gesundheitsversorgung. Die Benutzer aus diesem Gebiet machen jedoch nur 20% der Gesamtzahl an Benutzern aus. Über 50% der Benutzer kommen aus einem Gebiet, für deren Bewohner Manyemen das nächst gelegene Spital ist, in diesem Gebiet leben knapp 60'000 Menschen. In Nguti, in 15 km Entfernung, liegt das katholische Spital St. John of God. Dieses ist spezialisiert auf die Behandlung von Knochenbrüchen. Es bietet aber auch Behandlungen aller möglichen Krankheiten an. Liesse man das Spital in Nguti aussen vor, dann wäre das Spital in Manyemen für 76'000 Bewohner das nächste Spital, es kommen knapp 75% der Benutzer aus

diesem Gebiet. Darin befinden sich ausser dem Spital noch 12 andere biomedizinische Einrichtungen (vergleiche Karte 2 auf Seite 73).



Karte 5: Das Einzugsgebiet des Spitals (mit Grösse der Dörfer)

Die schwarzen Punkte stellen die relative Grösse der Einwohneranzahl untereinander dar. Es sind nur Dörfer bis zu einer Entfernung von 50 km von Manyemen aufgeführt.

Jeder Benutzer, der das erste Mal ins Spital kommt, muss sich anmelden und eine Patientenkarte kaufen (CFA 300).<sup>38</sup> Nachdem an der Rezeption biometrische Daten (Gewicht, Grösse) und die Körpertemperatur erfasst wurden, kann der Benutzer zur Konsultation zum Arzt oder einer der ausgebildeten Krankenpfleger gehen. Meistens entscheidet es sich nach dem Labortest, ob eine stationäre Behandlung nötig ist oder nicht. Stationär zu behandelnde Benutzer müssen eine Anzahlung für ihre Behandlung leisten. Für Operationen sind es CFA 50'000, für Geburten wird keine Anzahlung verlangt, für Kaiserschnitte aber CFA 30'000, für Behandlungen in der Abteilung Innere Medizin CFA 30'000 und für solche in der Kinderabteilung CFA 20'000.<sup>39</sup> Diese Prozedur wird für Notfallpatienten fallengelassen, vor allem wenn sie ausserhalb der Öffnungszeiten (der Rezeption) eintreffen. Die offiziellen Öffnungszeiten sind Mo-Fr von 7:00 bis 16:00 Uhr und Sa von 7:00 bis 12:00 Uhr. In der Praxis ist aber meistens noch kaum jemand um 7:00 Uhr da.

Der Benutzer bringt im Regelfall eine Betreuungsperson ins Spital mit. Diese ist beim Einchecken behilflich und bleibt während des ganzen Spitalaufenthalts da. Sie sorgt sich ums Essen für den Benutzer, um das Waschen der Kleider – die Bettwäsche wird vom Spital gewaschen – und hilft dem Benutzer, seine täglichen Bedürfnisse zu befriedigen. Das Spitalpersonal ist nur für die medizinische Versorgung des Benutzers zuständig. Für die Begleitperson gibt es kostenpflichtige Schlafsäle (CFA 200 pro Nacht) und eine Küche. Das Holz für das Feuer müssen sich die Begleitpersonen selbst beschaffen – es läuft meistens darauf hinaus, dass

---

<sup>38</sup> Während die Rechnung für Konsultation, Labortest und Medikamente am Ende der ambulanten Behandlung beglichen werden kann, muss die Patientenkarte sofort nach Erhalt bezahlt werden. Das Spital verlangt dies so, um die Zahlungswilligkeit der Benutzer zu testen, denn es gab immer wieder Fälle, in denen die Benutzer ohne Bezahlung verschwanden.

<sup>39</sup> Die üblichen, wöchentlichen Ausgaben aller Interviewten für Essen und Kleider betragen im Durchschnitt CFA 10'000.

sie es auf dem Markt kaufen müssen. Betreuungspersonen von schwer kranken Benutzern oder Kleinkindern dürfen auch auf dem Boden im Krankenzimmer schlafen, ein Spitalbett würde wieder extra kosten.

Das Spital muss 90% seiner Kosten durch Patientenrechnungen bezahlen, die restlichen 10% kommen von der Kirche oder ausländischen Sponsoren. Dadurch sind die Behandlungs- und Medikamentenpreise im Vergleich zu subventionierten Gesundheitsversorgern, wie beispielsweise staatlichen Gesundheitszentren, eher teuer. Die Spital- und Kirchenleitung versucht aber, die Preise für die Benutzer erschwinglich zu halten, und setzt sie so tief wie möglich an. In folgender Tabelle sind ein paar Medikamente zum Vergleich aufgeführt, die Preise gelten pro Tablette und sind in CFA angegeben. Verglichen werden die Preise wie sie in der Apotheke des Spitals, den staatlichen Gesundheitszentren in der Südwestprovinz und einer kleinen, privat geführten Apotheke in Manyemen zu finden sind:

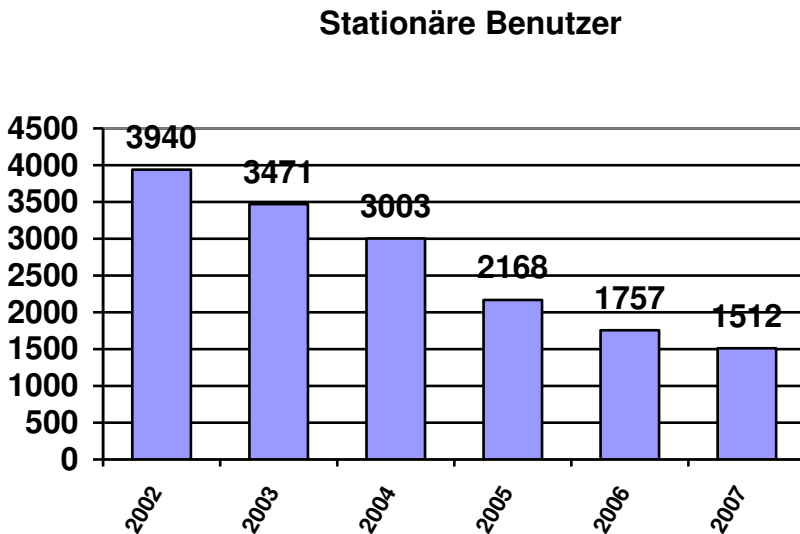
	MIM	Gov. HC	Apotheke
Chloramphenicol 250mg	50	15	25
Chlorpheniramin 4mg	20	5	20
Doxycycline 100mg	50	10	30
Folic Acid 5mg	10	5	10
Ibuprofene 400mg	50	10	30
Multivitamine	20	5	10
Paracetamol 500mg	15	5	10
Sulfadoxine 500mg	100	20	100
Vitamin B Complex	30	40	10

Tabelle 3: Auswahl von Medikamenten mit Preisvergleich

### ***5.4. Die Benutzung des Spitals***

Im Folgenden soll die Benutzung des Spitals anhand der Statistiken, die ich aus den Registerbüchern gezogen habe, dargestellt werden.<sup>40</sup>

Im untersuchten Jahr 2007 kamen 5843 Benutzer ins Spital. Ein Viertel davon waren stationäre Patienten (1512 Benutzer). Die Zahl der Benutzer ist seit ein paar Jahren rückläufig (die Zahlen zu den ambulanten Patienten fehlen leider):



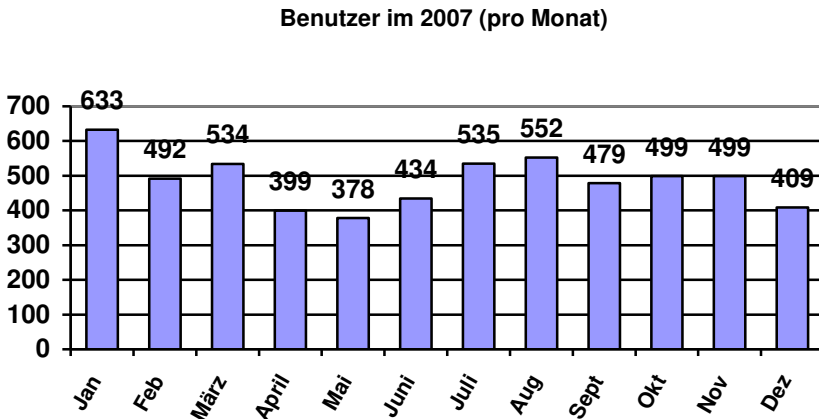
Graph 3: Anzahl stationärer Benutzer 2002 - 2007

---

<sup>40</sup> Die Statistiken dieses Kapitels stammen nicht aus den offiziellen Spitalstatistiken, die für diese Zwecke hier nicht so ausführlich und etwas ungenauer sind, sondern sie sind direkt den Registerbüchern entnommen. Und zwar den gleichen, die ich auch für die Auswahl der Interviews benutzt habe, siehe dazu das Kapitel 3.3.1.



Die Rückläufigkeit hat unter anderem folgende zwei Gründe: Erstens ist die Konkurrenz nicht nur gewachsen, sondern kann heute einen wesentlich besseren Service anbieten als früher. Des Weiteren ist sie durch einen besseren Standort attraktiver als das schwierig zu erreichende Manyemen. Zweitens ist die Anziehungskraft des Spitals Manyemen für Benutzer von weit her mit dem Ausbleiben der Ärzte aus Europa gesunken. Seit Gründung des Spitals bis 2001 haben konstant Ärzte aus Europa in Manyemen gearbeitet. Von 2001 bis 2004 waren keine europäischen Ärzte mehr tätig und die letzte Ärztin hat 2006 ihren Einsatz beendet.<sup>41</sup>



Graph 4: Jährliche Verteilung der Benutzer im 2007

---

<sup>41</sup> Mission 21 konnte wieder einen Arzt verpflichten, in Manyemen zu arbeiten. Er wird Mitte 2010 die Stelle antreten.

## 5. Medical Institutions Manyemen

---

Die Mehrheit der ambulanten Benutzer besuchte das Spital in den Monaten Januar, Juli und August. Auch die stationären Patienten waren Mitte Jahr und in der zweiten Jahreshälfte zahlenmässig stärker vertreten. Interessanterweise fallen die Besucherzahlen nicht mit der Trockenzeit zusammen, während der bessere Strassenverhältnisse herrschen.<sup>42</sup> Ausschlaggebend für die meisten Benutzer ist also nicht der gute Zugang zum Spital, da viele die Strassen gar nicht benützen, sondern auf Fusswegen unterwegs sind. Wichtiger ist die Erntezeit, während der sie Bargeld haben und sich eine Behandlung leisten können. Die Agrargüter zum Selbstverzehr können das ganze Jahr über geerntet werden, der Kakao jedoch frühestens ab Juli und spätestens bis November (siehe Kapitel 4.4.4.). Eine Krankheit wird also nicht dann behandelt, wann sie auftritt, sondern dann, wann Geld für die Behandlung zur Verfügung steht.

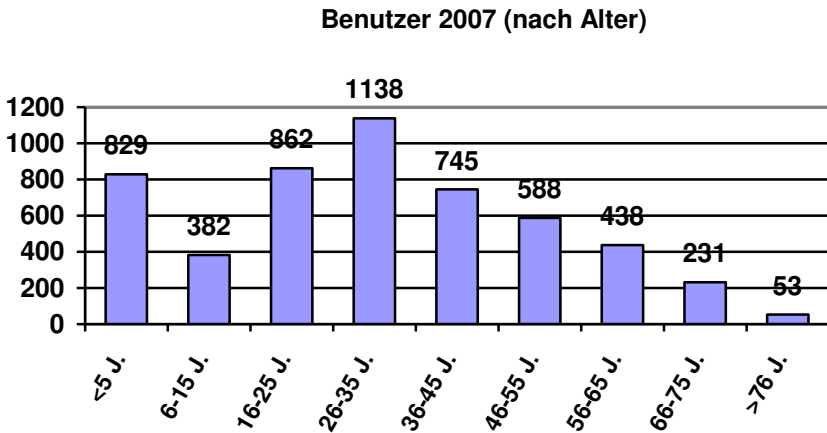
Anders sieht es jedoch bei den Benutzern aus, die weiter als 50 km von Manyemen wohnen und für die die Strassenverhältnisse ausschlaggebend sind. Viele dieser Benutzer kommen aus Städten und sind das ganze Jahr über im Besitz von Bargeld.

Auch erhält ein überdurchschnittlich grosser Teil der Benutzer, die weiter als 50 km von Manyemen wohnen, eine stationäre Behandlung. Das Spital Manyemen ist für sie günstiger als andere Spitäler in ihrer Umgebung, und so lohnt sich die Reise für eine längere, stationäre Behandlung. Nur für kleinere, ambulante Behandlungen fahren sie nicht nach Manyemen. So zeigen die Statistiken auch, dass diese Benutzer öfter an chronischen oder schwereren Krankheiten leiden (die längere, stationäre Behandlungen erfordern) als andere aus der näheren Umgebung. Die Benutzer, die weiter

---

<sup>42</sup> Auf die Malariaerkrankungen lassen sich die Zahlen auch nicht zurückführen, da Kamerun zum endemischen Malariagebiet gehört, in dem diese Krankheit sowohl während der Regenzeit als auch während der Trockenzeit fast gleich häufig auftritt.

als 50 km von Manyemen wohnen, machen etwa einen Viertel aller Benutzer des Spitals aus.

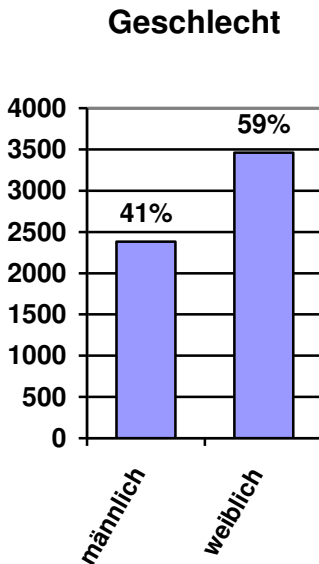


Graph 5: Das Alter der Benutzer 2007

Die am stärksten vertretenen Altersgruppen sind die bis fünf jährigen Kinder (15%)<sup>43</sup> und die 20 bis 40 jährigen Erwachsenen (45%). Zweijährige oder jüngere Kinder sind überaus häufig, da sich ihr Immunsystem erst im Aufbau befindet, dann nimmt die Zahl mit jedem Lebensjahr ab. Erst die ab 25 Jährigen sind wieder anfälliger auf Krankheiten. Der Anstieg in der Statistik hält bis zu den 40 Jährigen an. Die Abnahme bei den über 40 Jährigen ist auf die Lebenserwartung (ca. 50 Jahren) zurückzuführen.

---

<sup>43</sup> In der Statistik erscheint diese Altersgruppe kleiner als zum Beispiel die 16-25 Jährigen. Der erste Balken (829 Benutzer) beinhaltet jedoch nur Benutzer aus fünf Jahrgängen während alle anderen Balken 10 Jahrgänge umfassen. Der erste Balken muss somit doppelt gewertet werden.



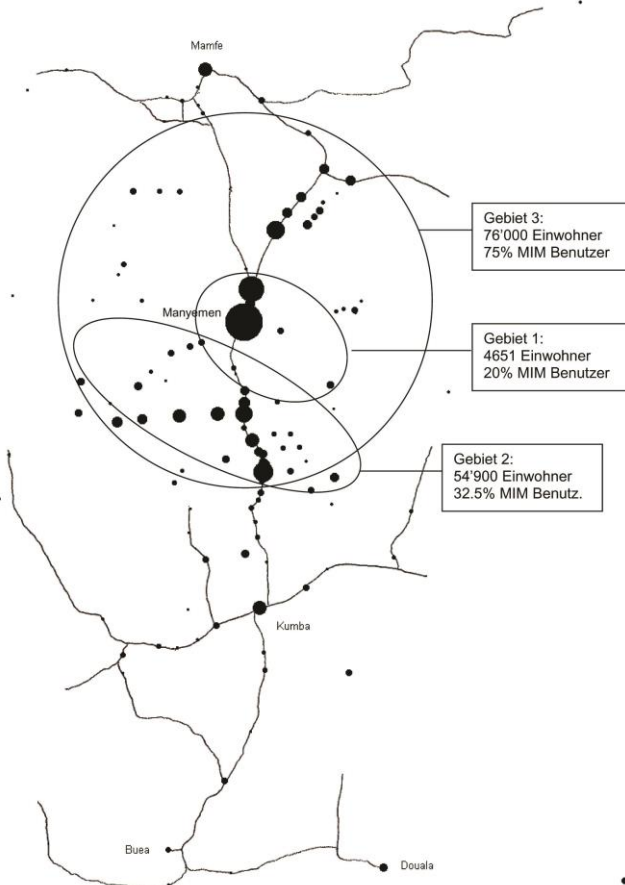
Der höhere Frauenanteil ist weniger auf den Gesundheitszustand der Frauen zurückzuführen als vielmehr auf die Frauen, die zur Geburt ins Spital kommen.

Graph 6: Das Geschlecht der Benutzer 2007

Zu den ambulanten Behandlungen lagen mir leider keine Befunde vor, was Rückschlüsse auf die am häufigsten auftretenden Krankheiten zugelassen hätte. Aus den Interviews mit dem Spitalpersonal geht aber hervor, dass folgende Krankheiten am meisten vorkommen:

- Malaria (und dadurch bedingte Anämie)
- Magenbeschwerden, Durchfallerkrankungen (vor allem bei Kindern)
- Infektion der Atemwege, Asthma, Lungenentzündung
- Leistenbruch
- Tuberkulose
- HIV/Aids

Tuberkulose und HIV/Aids kommen in den MIM im Vergleich zu andern Spitälern überdurchschnittlich vor, weil Manyemen ein staatliches Behandlungszentrum ist und somit die subventionierten Behandlungen sehr günstig anbieten kann.



Karte 6: Das Einzugsgebiet des Spitals (mit Herkunft der Benutzer)  
Die schwarzen Punkte stellen die relative Anzahl der Spitalbenutzer in den Dörfern dar.

### ***5.5. Schwierigkeiten und Vorteile***

#### **5.5.1. Infrastrukturelle Schwierigkeiten**

Das Spital liegt in einem sehr ruralen Gebiet in der Südwestprovinz, wo die Strassenverhältnisse sehr schlecht sind. Von Kumba, der nächstgelegenen Stadt, ist Manyemen nur über eine 50 km lange Lehm-piste zu erreichen und von Mamfe sind es 90 km Piste, die dann in Asphalt übergeht. Im besten Fall (während der Trockenzeit) ist die Lehm-piste eine sehr holprige, Fahrzeug verschleissende Strasse. Sie verwandelt sich aber über die Regenzeit in eine schmierige Fläche, wo immer wieder Fahrzeuge stecken bleiben. Zu den fehlenden guten Strassen kommt die fehlende Elektrizität hinzu. Manyemen ist nicht an das Elektrizitätsnetz angeschlossen. Die benötigte Elektrizität – einmal am Tag zwei Stunden für die Labortests, am Abend zwei Stunden für das ganze Areal und sporadisch für die Operationen – muss durch einen Generator erzeugt werden.<sup>44</sup> Neben den Kosten für Diesel fallen immer wieder Reparaturkosten für die Generatoren an, vor allem die teuren Ersatzteile sind eine finanzielle Belastung. Die fehlende Elektrizität bedeutet für das Spital hohe Mehrkosten, während die schlechten Strassenverhältnisse vor allem die Benutzer tangiert.

Da sich das Dorf Manyemen und das General Hospital auf einer Erhebung befinden, muss alles Wasser vom tiefer liegenden Bach hoch gepumpt werden. Die von mission 21 installierten Turbinen können nicht mehr benutzt werden, da die Pumpe ausgefallen ist und Ersatzteile dafür nicht mehr vorhanden sind. Es funktioniert nur noch die elektrische Pumpe. Sie läuft aber nur, wenn Elektrizität da ist, also wenn ein

---

<sup>44</sup> Ein Liter Diesel kostet CFA 550 (CHF 1.40), mehr als das Heizöl in der Schweiz.

Generator in Betrieb ist. Und dieser wird, wie bereits oben erwähnt, sehr sparsam eingesetzt wegen des teuren Diesels. Die Konsequenz ist konstanter Wassermangel im Spital. Dieser Wassermangel hat verschiedene Auswirkungen: Das Personal und vor allem die Benutzer müssen immer wieder auf Wasser verzichten oder das Wasser selbst vom Bach hoch tragen, wenn es wieder knapp wird. Die Folge dieses Wassermangels ist auch unzureichende Hygiene im Spital. An erster Stelle ist da die Sauberkeit der Toiletten und Duschen zu nennen. Alle zur Verfügung stehenden Toiletten sind Wasserklosetts, und der grösste Teil der Benutzer kommt aus dem ruralen Hinterland und ist es sich nicht gewohnt, solche zu benutzen. Die Wasserklosetts funktionieren nur mit genügend Wasser, welches eben meistens fehlt.

Die unregelmässig vorhandene Elektrizität macht die Aufbewahrung von Medikamenten schwierig. Das Spital hat sich mit Kühlschränken ausgeholfen, die mit Gas betrieben werden. Die Kapazität ist aber beschränkt, so wird beispielsweise auf eine Blutbank verzichtet. Folglich muss vor jeder Bluttransfusion erst ein passender Spender gefunden werden, auch wenn es sich um einen Notfall handelt.

### **5.5.2. Finanzielle Schwierigkeiten**

Die finanziellen Schwierigkeiten hängen nicht nur mit den infrastrukturellen Schwierigkeiten zusammen, so wie beim fehlenden Elektrizitätsanschluss, der den Kauf von teurem Diesel notwendig macht, sondern auch mit den strukturellen Schwierigkeiten. Der Gesundheitsdienst der Presbyterianischen Kirche wurde im Jahre 2004 einer Reorganisation unterzogen. Eine der Neuerungen war die Verselbständigung (vor allem finanzieller Art) der Gesundheitszentren in Besongabang/Mamfe, Kumba, Limbe und Muyuka. Durch diese städtischen Gesundheitszentren ist dem Spital in Manyemen immer auch

Geld zugeflossen, das wiederum investiert werden konnte. Heute sind nur noch die ruralen Gesundheitszentren Dikome, Madie und Mbongo dem Spital angeschlossen, die mehr Kosten verursachen als sie Geld einbringen. Der Ausgleich zwischen finanziell gut gestellten Gesundheitszentren und solchen, die Geld benötigen, um die Gesundheitsversorgung der ruralen Bevölkerung zu gewährleisten, ist nicht mehr vorhanden.

Der Reorganisation des Gesundheitsdienstes ist eine Reorganisation der Basler Mission vorangegangen. Durch die Entstehung von mission 21 ist die Art und Weise der finanziellen Unterstützung der Presbyterianischen Kirche und damit auch des Spitals verändert worden. Konkret bedeutet dies, dass die Gelder zur Unterstützung des Spitals nicht mehr direkt fließen, sondern durch den kirchlichen Gesundheitsdienst verteilt werden, und dass die finanzielle Unterstützung des Spitals nun deutlich abgenommen hat. Heute besteht für das Spital die Notwendigkeit, 90% der Ausgaben durch eigene Einkünfte, also durch Behandlungsgebühren, zu decken.

Ein seit langem bestehendes Problem sind die unbezahlten Rechnungen von Benutzern. Früher kam es noch viel öfter vor, dass Benutzer ohne zu zahlen verschwanden, mit den schärferen Kontrollen heute ist es seltener geworden. Während das Spital früher die fehlenden Einnahmen auffangen konnte, ist es heute auf jeden CFA angewiesen. Hierbei kommt es immer wieder zu Konflikten zwischen der Aufgabe als Missionsspital, der Bevölkerung entgegenzukommen und für ihre Gesundheit zu sorgen, und der Notwendigkeit, das Geld für das Weiterbestehen des Spitals zu beschaffen. Wenn Geld fehlt, wird zuerst an den Reparaturen gespart. So ist beispielsweise der Röntgenapparat seit längerem defekt, anstatt ihn zu reparieren, werden die Benutzer, die geröntgt werden müssen, ins nächste



Spital nach Nguti verwiesen.<sup>45</sup> Auch die Spitalbetten müssten dringend ersetzt werden, aber leider fehlt das Geld auch dazu. Genauso ergeht es dem einzigen Spitalauto, welches noch fährt. Die Benutzer sind direkt von der finanziellen Situation des Spitals betroffen. Wenn zum Beispiel an der Auffrischung der Medikamentenvorräte in der Spitalapotheke gespart wird, kann es vorkommen, dass das passende Medikament nicht vorrätig ist und die Benutzer aufgefordert werden, das Medikament in einem anderen Spital zu kaufen. Gelegentlich wird aber auch auf ein ähnliches nicht ganz passendes Medikament zurückgegriffen.

Die nationalen Gesundheitsprogramme (Lepra, TB, HIV/Aids und PHC) sind für die Bevölkerung wichtig, da ihr die finanzielle Unterstützung zugute kommt, und die Programme einen wichtigen Beitrag zu einem guten Gesundheitszustand leisten. Für das Spital sind sie aber nicht kostenneutral, da das Spital verantwortlich für die örtliche Logistik der Programme, den Transport der Medikamente und des Materials, die Erstellung der Statistiken und die Übernahme der Kosten für Ausrüstungswartung und Personal ist. Besonders das Basisgesundheitsprogramm (PHC) verursacht fast nur Kosten, da eine der Hauptaufgaben des PHC-Teams die Gesundheitsaufklärung ist, die es in den Dörfern selbst durchführt. Die Wartung des Fahrzeuges kann das Spital inzwischen nicht mehr tragen, und so ist das PHC-Team nur noch selten unterwegs. Es hilft nun meistens bei den täglichen Konsultationen und im Labor mit.

### **5.5.3. Durch die Struktur bedingte Schwierigkeiten**

Seit Gründung ist das Spital mit der Nachfrage gewachsen. Damals war es noch eines der wenigen Spitäler und hat viele Benutzer aus der ganzen

---

<sup>45</sup> Den Benutzern fallen somit wieder Mehrkosten an: So zum Beispiel für den Transport nach Nguti und zurück und für eine zweite Einschreibgebühr im Spital in Nguti.

## 5. Medical Institutions Manyemen

---

Südwestprovinz angezogen. Die Entstehung neuer Spitäler hatte keinen Rückgang der Benutzer zur Folge, da Manyemen gute Referenzen hatte. Unterdessen aber macht sich die starke Konkurrenz bemerkbar, die qualitativ besser ausgerüstet und oftmals in den Städten viel besser zu erreichen ist als das Spital in Manyemen. Auch ist es heute zu gross für die Anzahl der Benutzer.

Wenn in den früher angegliederten Gesundheitszentren Mobiliar oder Equipment gefehlt hat, wurde welches vom Spital in Manyemen genommen, da diese Gesundheitszentren, wie bereits erwähnt, durch ihren Standortvorteil mehr Benutzer haben. Fast die gesamte zahnmedizinische Einheit wurde von Manyemen nach Kumba transferiert. Und das Gerät, um die Anzahl der CD4-Zellen bei HIV/Aids-Patienten zu messen, steht in Kumba anstatt im HIV/Aids-Behandlungsspital Manyemen.

Die einzelnen Spitäler des presbyterianischen Gesundheitsdienstes werden von den jeweiligen Spitalleitungen verwaltet, was leider die Zusammenarbeit unter ihnen erschwert, wie folgendes Beispiel zeigt: Die Augenklinik in Bafoussam hat in jedem Spital und jedem grösseren Gesundheitszentrum eine eigene Augenstation, die von Ärzten der Klinik besucht wird und in der Konsultationen und Operationen durchgeführt werden. Im Vorfeld des Besuches des Augenklinikteams im März 2008 in Manyemen muss es Kommunikationsprobleme gegeben haben, denn von den 120 Benutzern, die aus dem Umland nach Manyemen kamen, konnte ein Viertel nicht behandelt werden. Die Ursache dafür war die Abwesenheit des Spezialisten für Augenoperationen, der in Manyemen erwartet wurde.

#### 5.5.4. Vorteile der MIM

Der wichtigste Vorteil und das grösste Potential liegen darin, dass das Spital bei der Bevölkerung einen sehr guten Ruf genießt. Sie hat Vertrauen in das Missionsspital, denn hier kann sie gute Arbeit erwarten, die nicht nur aus finanziellen Motiven erledigt wird. Natürlich schwingt in dieser Bevorzugung eines Missionsspitals immer die Hoffnung mit, eine Behandlung möglichst günstig oder sogar gratis zu erhalten. Das Spital erlaubt tatsächlich in Ausnahmefällen, dass ärmere Benutzer die Rechnung in Teilraten bezahlen dürfen. Bevor jedoch eine neue Behandlung begonnen wird, muss die alte bezahlt sein.

Ein weiteres Potential sind die für örtliche Verhältnisse guten Gebäude auf dem Spitalareal. Das *General Hospital* wurde 2007 über Spendengelder, die von der kamerunischen Regierung kamen, renoviert. Die Räumlichkeiten und vor allem der neue Operationssaal des *General Hospital* sind sehr gut. Dieses Potential wäre mit neuer und vollständiger Ausrüstung gut auszuschöpfen. Daneben besitzt das Spital sehr viel Land, welches für weitere Plantagen nebst der bestehenden Ölpalmpflanzung genutzt werden könnte.

Gegenüber anderen Spitälern – vor allem solchen in der Stadt – haben die MIM den Vorteil, nicht mit Benutzern ausgelastet zu sein. Es bleibt Zeit, sich um jeden einzelnen zu kümmern. Die meisten Benutzer fühlen sich geschätzt, da sich der Arzt für alle Zeit nimmt und mit ihnen auch mal über Persönliches spricht.

## 6. Die Benutzer des Spitals

In diesem Kapitel gehe ich auf die Benutzer des Spitals Manyemen ein. Wie verhalten sich krank gewordene Personen? Gibt es Vorstellungen über Krankheit, die verallgemeinert werden können? Welche Strategien wenden Benutzer im Falle einer Erkrankung an? Welches sind die Bedürfnisse der Benutzer und wie ist ihre Sicht auf die Pflegequalität der MIM?

### ***6.1. Krank werden – und was nun?***

Nach Auftreten von Kranksein muss von der kranken Person und ihrem Umfeld entschieden werden, wie auf diese Erkrankung zu reagieren ist. Auf diesen Entscheidungsprozess und die Wahl der Gesundheitsdienste haben die Wahrnehmung der Erkrankung und deren Schweregrad und individuelle Erfahrungen und Einstellung gegenüber Krankheit und Gesundheit Einfluss. Auf die individuellen Faktoren soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, da es wenig Sinn macht, jeden Krankheitsfall separat zu betrachten. In diesem Kapitel geht es um Krankheitskonzepte, um die Referenzgruppe und Entscheidungsfindung und vor allem um die konkreten Aktionen im Falle einer Erkrankung bei den Benutzern des Spitals Manyemen.

#### **6.1.1. Vorstellungen über Erkrankungen**

Wenn Foucault (1988: 19) schreibt „Für uns ist es selbstverständlich, dass die Krankheit ihren Ursprungs- und Verteilungsraum im menschlichen Körper hat“, dann spricht er über Krankheitskonzepte, wie sie im Westen gebräuchlich und verbreitet sind. In diesem Satz impliziert er, dass anderswo und zu anderen Zeiten andere Vorstellungen von Krankheit

herrschen können. Die Gemeinsamkeit jedoch ist die Entscheidungsfindung für die Wahl des Gesundheitsdienstes, die vor allem von der Vorstellung über die Erkrankung abhängt. So werden beispielsweise für gewisse Krankheiten traditionelle Heiler aufgesucht und für andere biomedizinische Ärzte (Eeuwijk 1999: 82; siehe auch Kleinman 1980: 197).

Im Falle der Benutzer des Spitals Manyemen konnten in der Forschung keine Krankheitskonzepte ausgemacht werden, die verallgemeinert werden könnten. Unter anderem weil das Einzugsgebiet (siehe Karte 5 auf Seite 91 und Karte 6 auf Seite 99) des Spitals so gross ist. Tendenziell kann gesagt werden, dass Krankheiten, deren Symptome Impotenz sind, auf übersinnliche Geschehnisse zurückgeführt werden, die ausserhalb der Heilungsmöglichkeiten der Biomedizin liegen. Dafür werden dann traditionelle Heiler aufgesucht. Diese werden ebenfalls konsultiert, wenn es sich um Krankheitsprophylaxe handelt. Ansonsten ist es von Familie zu Familie unterschiedlich, welche Krankheiten auf übersinnliche Geschehnisse zurückgeführt werden und deshalb keine biomedizinische Einrichtung konsultiert wird.

Eine Familie konnte mir zum Beispiel klar sagen, dass sie bei Brustschmerzen zum traditionellen Heiler gehen, bei Husten kaufen sie jedoch Heilkräuter und zerreiben sie, bevor sie sie einnehmen, ebenso kaufen sie Kräuter bei Herzschmerzen. Nur bei Kopfschmerzen nehmen sie Tabletten (Paracetamol) (Nr.24).

### **6.1.2. Entscheidungsfindung und die Referenzgruppe**

Entscheidungen sind selten Produkte einer einzelnen Person, die rational entscheidet, sondern sind eher Sache des kollektiven Haushaltes (Wolkowitz 2000: 167). Folgende Verwandte wurden in den Interviews auf die Frage der Entscheidungsfindung als Referenzpersonen genannt:

Vater, Ehemann, Kinder, Bruder, Mutter, Eltern, Tochter, Grossmutter, Verwandte und Bekannte. Über die Hälfte der Interviewten haben angegeben, selbst zu entscheiden. An zweiter Stelle wurden die Eltern mit einem Viertel Nennungen angegeben. Die hohe Zahl resultiert daraus, dass die Eltern bei allen Minderjährigen genannt wurden. Dass die (erwachsenen) Kinder entscheiden, was die kranke Person machen soll, war bei knapp einem Zehntel der Fall. Es handelte sich dabei um über 60ig Jährige.

Es lassen sich keine Regeln in Bezug auf das Alter ausmachen, ausser dass die Eltern (teils nur der Vater oder nur die Mutter) und in einem Falle die Grossmutter bei allen Minderjährigen über die Vorgehensweise bestimmen. Ansonsten behaupten 20 bis über 70 Jährige, dass sie selbst entscheiden. Genauso breit ist das Alter gestreut bei denjenigen, die nicht selbst eine Entscheidung treffen. Es lässt sich auch nicht verallgemeinern, dass ein Geschlecht selbst bestimmen würde und das andere nicht. Die entscheidende Person ist manchmal die Person in der Familie, welche die Rechnung bezahlt, und manchmal die, welche am meisten Erfahrungen mit Krankheiten hat. In teils Fällen ist für die Entscheidungsfindung jedoch nicht die Referenzgruppe wichtig, die bei anderen Entscheidungen herangezogen wird, sondern Personen aus der Verwandtschaft, aus dem Freundeskreis, aus der Nachbarschaft und auch völlig fremde Personen, die Erfahrungen mit einer ähnlichen Krankheit haben.

### 6.1.3. Reaktion auf Erkrankung

Die Bevölkerung der ruralen Gebiete rund um das Spital reagiert zuerst mit einer gewissen Passivität auf eine Erkrankung. Sie hofft auf ein Verschwinden des Krankseins und wartet erst einmal ab. Eine Ausnahme stellt ein Unfall dar, dann geht sie sofort in Behandlung. Eine Behandlung – egal ob im Spital, im Gesundheitszentrum oder beim traditionellen

Heiler – ist für einen Grossteil der Bevölkerung eine schwere finanzielle Belastung. Durch das Warten wird darauf gehofft, das Geld für die Behandlung sparen zu können. Es werden höchstens Medikamente in einer Strassenapotheke oder bei einem fliegenden Händler gekauft. Je nach Kenntnissen werden auch Hausmittel und Kräuter für die erste Behandlung zu Hause angewendet. In vielen Fällen kann der Körper tatsächlich die Krankheit selbst bekämpfen. Das Warten jedoch hat dann fatale Folgen, wenn die Krankheit sich in dieser Zeit verschlimmert. Es können bleibende Schäden auftreten oder die Behandlung wird komplexer und dadurch auch um einiges kostspieliger.

Wenn das Kranksein nicht verschwindet oder gar schlimmer wird, suchen die Betroffenen in einem zweiten Schritt Hilfe. Ob diese Hilfe auf traditioneller Medizin oder Biomedizin beruht, kommt auf individuelle und familiäre Präferenzen an. Zusätzlich spielt das Geld eine wichtige Rolle in der Entscheidungsfindung: „I go first to the government health centre in Nguti because it's closer (lower costs of transport) and the drugs and treatment is cheaper.”(Nr.XXXI) Die traditionellen Heiler sind nicht zwingend günstiger als die Gesundheitszentren. Der Preis für eine ambulante Behandlung in einem Gesundheitszentrum kann bis zu CFA 10'000 kosten. Drei traditionelle Heiler in der Umgebung von Manyemen verlangen für eine Behandlung zwischen CFA 5'000 und 20'000 (Nr.D,G,L), ein vierter sogar bis zu CFA 30'000 für einen Knochenbruch (mehr über die Preise im Spital siehe Kapitel 5.3.). Es lässt sich nicht im Allgemeinen sagen, ob die traditionellen Heiler oder die Biomedizin mehr Vertrauen geniessen. Traditionelle Heiler haben zwar genügend Kundschaft, dem stehen jedoch Aussagen wie folgende gegenüber: „For now, we don't believe in native treatment any more, the science destroyed it! The knowledge [about traditional healing] is lost, and the next generation don't know any more about it.“ (Nr.XXVIII) So fielen dann

auch die Antworten auf die Frage „Do you go first to the traditional healer or to the doctor?“ ganz unterschiedlich aus. Die einen gehen erst zum Arzt und suchen erst später den traditionellen Heiler auf, wenn die erste Behandlung fehlgeschlagen ist, andere machen es genau umgekehrt und dritte lassen sich parallel behandeln.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Geld eine wichtige Rolle im Entscheidungsprozess spielt, und dass die Wahl weitgehend von den individuellen und familiären Präferenzen und noch mehr von der aktuellen Situation abhängt (Lebensumstände, finanzielle Situation etc.), in der sich die kranke Person und deren Familie befindet. Die folgende Auflistung zeigt die Strategie, die meistens nach dem Krankwerden angewendet wird:

1. Es wird erst mal abgewartet und auf ein Verschwinden des Krankseins gehofft. Unterstützend kommen Medikamente aus Strassenapotheken oder von fliegenden Händlern zum Einsatz. Je nach Kenntnissen werden auch Hausmittel und Kräuter für die erste Behandlung zu Hause angewendet.
2. Wenn es doch nötig wird, die Krankheit zu behandeln, so konsultiert man einen der nächsten und günstigsten Gesundheitsanbieter, ob das nun eine Apotheke, die Konsultationen anbietet, ein staatliches Gesundheitszentrum oder ein traditioneller Heiler ist.  
Nur wenn eine Person – oder Familie – mit einem Spital, das in jedem Fall kostspieliger ist, sehr gute Erfahrungen gemacht hat, wird der 2. Schritt übersprungen.
3. Das Spital wird im Falle einer Krankheit, die schwerer zu behandeln ist, und/oder einer erfolglosen Behandlung im Gesundheitszentrum oder beim traditionellen Heiler aufgesucht.



4. Ein vierter Schritt kann vorkommen, wenn die Krankheit auch nach dem Spitalbesuch noch nicht geheilt ist.<sup>46</sup> Dann wird ein anderes Spital oder ein überregional bekannter, traditioneller Heiler aufgesucht.

Nachfolgend sollen zwei Beispiele aufgeführt werden, die veranschaulichen, welche Entscheidungen in einem Krankheitsfall getroffen werden.

---

### Beispiel 1

---

Pamelia lebt mit ihrer Familie in einem eher grösseren Dorf mit 3673 Einwohnern<sup>47</sup> 7 km abseits der Hauptstrasse Kumba-Mamfe. Im Dorf gibt es einen traditionellen Heiler, eine Apotheke, die von einem ehemaligen Krankenpfleger betrieben wird, und in zwei Dorfläden können ebenso einzelne Tabletten bezogen werden. An der Hauptstrasse befindet sich ein staatliches Gesundheitszentrum. Bis zum nächsten Spital sind es nochmals 21 km auf der Asphaltstrasse. Pamelia ist 33 Jahre alt und lebt mit ihrem Mann, den vier Kindern und ihrer Mutter zusammen. Sie ernähren sich von Subsistenzwirtschaft.

Vor einigen Monaten hat Pamelia plötzlich Schmerzen im Brustbereich. Erste Anlaufstelle ist der traditionelle Heiler im Dorf. Nach der zweiten Konsultation, die Konsultationen haben CFA 8'000 gekostet, sind die Schmerzen immer noch da. In der Apotheke kauft sie sich Tabletten für insgesamt CFA 25'000, aber das Problem bleibt weiter bestehen. Drei Wochen nach Auftauchen der Schmerzen geht Pamelia nach Manyemen

---

<sup>46</sup> Es gibt verschiedene Gründe für eine erfolglose Behandlung im Spital. Siehe dazu Kapitel 7.

<sup>47</sup> Gemäss PGCSS (2003).

und wird im Spital ambulant behandelt, und zwar gegen Malaria. Die Schmerzen verschwinden nach der zweiten Behandlung, insgesamt hat sie für die zwei Behandlungen im Spital CFA 21'000 bezahlt. Das Spital von Manyemen habe sie gewählt, weil sie – wie alle Leute – wüsste, dass es ein moderner Gesundheitsanbieter sei.

Vor einem Monat sind die Brustschmerzen wieder gekommen. Nun haben sie aber kein Geld und müssen für eine nochmalige Konsultation im Spital die nächste Kakaoernte abwarten.

---

### Beispiel 2

---

Frau Eta lebt in einem Dorf (628 Einwohner<sup>48</sup>) 7 km von einer unbefestigten Strasse entfernt. Es gibt keine Gesundheitsanbieter im Dorf. Die nächsten Gesundheitszentren sind 26 km bzw. 34 km entfernt und nur über eine sehr schlechte Strasse zu erreichen. Dasselbe gilt für das nächste Spital in Mamfe (51 km entfernt) und das Spital in Manyemen (61 km). Frau Eta ist Anfang 20 und lebt mit ihrem Mann und dem gemeinsamen Kind zusammen. Als vor drei Monaten Hüft- und Beinschmerzen auftraten, hat sie in einer Apotheke im Nachbardorf Medikamente gekauft. Da sie wirkungslos blieben, hat sie ihr Vater ins Spital nach Manyemen geschickt, weil er es als ein renommiertes Spital mit einem guten Ruf kennt. Die Behandlung im Spital – sie hat fünf Wochen gedauert – hat die Schmerzen zwar etwas gedämpft, nicht aber vollständig zum Verschwinden gebracht. Die Kosten beliefen sich auf CFA 20'000. Vor zwei Wochen wechselte sie zu einem traditionellen Heiler in der Nähe von Manyemen, bei dem sie immer noch in Behandlung ist.

---

<sup>48</sup> Gemäss PGCSS (2003).

## ***6.2. Die Bedürfnisse der Benutzer***

Die Bedürfnisse sind so vielfältig wie die Benutzer selbst. Es lassen sich jedoch drei allgemeine Bedürfnisse lokalisieren, die bei fast allen Befragten vorhanden sind: Erstens wollen die Benutzer in einer möglichst kurzen Zeit Ihre Gesundheit wieder erlangen. Zweitens möchten sie dabei so wenig Geld wie möglich ausgeben. Und Drittens suchen die Benutzer sich einen Gesundheitsanbieter, zu dem sie Vertrauen haben.

Die Dimension des Vertrauens ist den Benutzern – neben den elementaren Bedürfnissen des Gesundwerdens und Sparens – sehr wichtig. Über die Hälfte der Benutzer sagte mir auf die Frage, wieso sie ins Spital Manyemen ginge, dass sie sich da einfach wohl fühlen würde im Gegensatz zu anderen Spitälern. Ausserdem sei es auch eine Sache der Gewohnheit. Das Spital gäbe es schon lange und die Benutzer würden es nicht wechseln, auch wenn es andere, näher gelegene Spitäler gäbe. Das Vertrauen entsteht durch persönliche Erfahrung oder durch Hörensagen von Verwandten und Bekannten. Nicht selten hat auch ein Gespräch auf dem Markt oder in einem öffentlichen Verkehrsmittel mit Fremden Einfluss, die die gleiche Krankheit hatten oder haben. Wenn sie das Gefühl bekommen, geschätzt zu sein und das Personal sich Zeit für die Benutzer nimmt, werden sie das nächste Mal wieder herkommen. Die zwischenmenschliche Dimension hat einen beträchtlichen Einfluss auf die Genesung der Benutzer, wie aus folgender Aussage zu ersehen ist: „We go to Manyemen and not to Konye because in Manyemen they care for the patients well. They attend to you if you need something and make us know that we can ask anything and for everything we like.“ (Nr.33)

Für die Benutzer, die vor allem von Subsistenzwirtschaft leben, ist der Preis der Behandlung sehr wichtig. Den anderen Benutzern, die oft aus den urbanen Gebieten kommen, ist die Art und Weise der Behandlung –

medizinischer wie interpersoneller Art – hingegen relevanter: „Manyemen hospital is a place which is trusted. It is confidential and does a good job.” (Nr.I), „The care for patients is better there. The doctor-patient relationship is good, while the patient in a city hospital may not see the doctor anymore after an operation.” (Nr.K) und „MIM pay attention to patients and treat them with respect.“ (Nr.14).

### ***6.3. Das Spital aus Sicht der Benutzer***

Im Allgemeinen sind die Benutzer sehr froh um das Spital in Manyemen. Bei meinen Befragungen gaben die Interviewpartner an, zufrieden mit dem Angebot und den Leistungen zu sein. Das Spital wurde mehr gelobt als kritisiert. Vor allem die Benutzer, die von weit her kamen (über 80 km), bemängelten am Spital kaum etwas, denn sie hatten den Vergleich zu anderen Spitälern, die sie bereits aufgesucht haben. Keiner der Benutzer (auch die aus der näheren Umgebung nicht) hatte beispielsweise etwas an den Wartezeiten auszusetzen.<sup>49</sup> Das Vertrauen, das die Benutzer dem Spital entgegenbringen, basiert vor allem darauf, dass es ein Missionsspital ist, aber genauso auch im Vertrauen, das sie den Ärzten entgegenbringen. Sie sehen die Ärzte einerseits als medizinisch kompetente Personen an, die sich mit viel persönlichem Engagement um die Benutzer des Spitals kümmern, andererseits sehen sie auch die Überzeugung der Ärzte, die nicht nur des Geldes wegen arbeiten, sondern eine persönliche Berufung in ihrer Arbeit sehen. Tatsächlich habe auch ich die Ärzte so kennen gelernt. Sie behandeln die Benutzer zuvorkommend und nehmen sich trotz vieler Arbeit Zeit, mit ihnen zu scherzen. Daneben leistet das Spital professionelle, medizinische Arbeit und hält sich an die Schweigepflicht,

---

<sup>49</sup> Im Vergleich zu anderen Spitälern sind die Wartezeiten tatsächlich sehr kurz.

vor allem wenn es sich um HIV/Aids-Patienten handelt. Die Mehrheit der Benutzer ist der Meinung, dass das Spital ein guter Ort zur Behandlung von Krankheiten und zur Erholung ist, denn es ist ruhig und sauber (mit ein paar Ausnahmen, die im Folgenden beschrieben werden).

Der Grund für die viele Kritik in diesem Kapitel ist mein teils mehrmaliges Nachfragen während der Interviews. Im Weiteren soll es also spezifisch um die Verbesserungsvorschläge und die kritischen Bemerkungen der Benutzer gehen.

### **6.3.1. Personal**

Etwa 50% der befragten Benutzer zeigten sich unzufrieden mit dem Personal des Spitals, ausgenommen von dieser Kritik sind Ärzte und Mitarbeiter mit höherer Ausbildung. Es ging aber nie um das gesamte Personal, sondern um einzelne Mitarbeiter. Kritisiert wurden vor allem die Unfreundlichkeit und der harte Umgang des Pflegepersonals. Auf die Frage nach der Hilfsbereitschaft der Pfleger erhielt ich folgende Antworten: „First they abused, they are too wild. Sometimes, you wait long, but they give what you ask for.“ (Nr.5), „Yes they help, if it's something related to medicine, but they would refuse to help her up. They say: take your caretaker. But if you don't have one...?“ (Nr.17), „No, they don't help immediately.“ (Nr.25), „I asked for nothing because they are unfriendly.“ (Nr.27) oder „Yes, they help, but at times they don't bring.“ (Nr.37).

Das Auftreten und das Verhalten des Personals wird noch stärker kritisiert: „The hospital needs friendlier nurses.“ (Nr.15), „The nurses treat their own tribe better than us.“ (Nr.18), „The nurses shout to patients. They are not serious about the patients, because of low salary.“ (Nr.26a/26b), „The answers of the nurses are too brutal. I don't know if they even pray in the morning, because there is no Christianity!“ (Nr.5).

Zudem hatte ich auch Aussagen wie folgende: „The staff education is low.“ (Nr.3), „General workers gossip.“ (Nr.4), „The biggest annoyance was the cashier, who wants to cheat CFA 10'000.“ (Nr.15), „Nurses sell in secret drugs (drugs from street sellers) without prescription, this is dangerous.“ (Nr.18).

Die Kritiken gelten zwar nicht für das gesamte Personal, sie sind jedoch teilweise vernichtend. Der Spitalleitung sind diese Probleme bekannt. Sie hat die teilweise harschen und unfreundlichen Umgangsformen in Besprechungen angesprochen, leider nur mit mässigem Erfolg. Ein Grund für diese Verhaltensweisen mögen die Arbeitsbedingungen sein. Der Verdienst eines Pflegers ohne Ausbildung – die meisten Angestellten des Spitals haben nur eine Anlehre gemacht – liegt zwischen CFA 40'000 und 60'000 monatlich, und gleichzeitig wird volles persönliches Engagement verlangt in teils langen und kurzfristig bekannt gegebenen Einsätzen. Wie mir ein Mitarbeiter erzählte, können die Benutzer selbst auch sehr unfreundlich und rücksichtslos sein. Sie würden sich vieles erlauben, da sie ja die Löhne des Personals indirekt bezahlen würden (Nr.N). Einer der wichtigsten Hintergründe für das Verhalten der Mitarbeiter ist wohl die geographische Herkunft des Pflegepersonals. Während die Mitarbeiter mit höherer Ausbildung aus dem ganzen Land rekrutiert werden und über die Jahre hinweg immer mal wieder von der Kirche in ein anderes Spital oder Gesundheitszentrum transferiert werden, stammen fast alle Mitarbeiter ohne Ausbildung aus Manyemen selbst. Sie lassen sich von ihren Vorgesetzten, die weniger lange in Manyemen gearbeitet haben und die lokalen Verhältnisse nicht so gut kennen, kaum etwas sagen. Durch die Verwurzelung der Angestellten erhalten dann auch Benutzer aus Manyemen eine bevorzugte Behandlung, was die Befragten als „tribalism“ (= Vetternwirtschaft) beschreiben.

### 6.3.2. Kosten

Die Behandlungskosten stellen das grösste Problem für die meisten der Benutzer dar, die mehrheitlich aus ruralen Gebieten stammen. 22% der Befragten gibt an, dass ihnen die Behandlungen im Spital zu teuer sind, und sie die Kosten nur mit Mühe tragen können. Die Kosten betragen im Durchschnitt den zehnfachen Betrag der üblichen, wöchentlichen Ausgaben für Essen und Kleider – das Maximum, was ein Benutzer aus meiner Auswahl für eine Behandlung bezahlen musste, war der 44-fache Betrag seiner wöchentlichen Ausgaben. Das Problem der hohen Kosten liegt nicht an den Preisen des Spitals. Benutzer, die über 80 km entfernt wohnen, kommen dank den vergleichsweise tiefen Preisen nach Manyemen. Sie haben an den Preisen nichts auszusetzen: „If I compare it with other hospitals, Manyemen is better. Also the prices are good in Manyemen.“ (Nr.45).

Nicht nur die Kosten an sich wurden kritisiert, sondern auch die Art der Kassierung: „You have to pay before you’ll be treated.“(Nr.31), „They ask for money first! My brother had to wait. I rushed back by bike to take more money, it delayed too much.“(Nr.29) und „The hospital should change the system of asking money first, because you can die before they consult you!“ (Nr.25). Heute kann sich das Spital nicht mehr leisten, Behandlungen ohne vorherige Bezahlung durchzuführen, da es wie bereits beschrieben 90% der Kosten mit den Behandlungsgebühren decken muss. Interessanterweise ist dies aber auch einem Teil der Benutzer klar: „They ask first for money, because 30% of the patients run away without paying.“(No.X4).

### 6.3.3. Elektrizität, Wasser und verschmutzte Toiletten

20% der Befragten beschwerten sich über das Fehlen von Elektrizität/Licht im Spital und 15% über zu wenig Wasser: „I would like them to improve the infrastructure, e.g. machines, water, light.“ (Nr.14), „Light and water is not frequent.“(Nr.18), „The hospital needs water, because the toilets are dirty.“(Nr.38), „It should be light from 7pm to sunrise. If there is a delivery in the night, they don't have light.“ (Nr.8). Die eine Seite ist der Komfort der Benutzer, der durch zu wenig Elektrizität und Licht kleiner wird, und noch weit mehr durch fehlendes Wasser. Denn das bedeutet, dass beispielsweise die Kleider nicht gut und oft genug gewaschen werden können, ebenso müssen die Begleitpersonen einen weiten Weg zurücklegen, um Wasser fürs Essenkochen zu holen. Die andere Seite ist die medizinische Pflege und die Hygiene, die unter diesen Umständen leiden. Ein Generator wird in der Nacht nur für Notfälle eingeschaltet, und eine normale Geburt zum Beispiel gilt nicht als Notfall. Alle Geburten, die nachts stattfinden, werden im Licht von Petroleumlampen durchgeführt. 15% der Befragten haben sich zur Hygiene geäußert und sich über den Zustand der Toiletten beschwert. Diese Toiletten seien für die Genesung von kranken Personen nicht optimal.

### 6.3.4. Einrichtung und Medikamente

Auf die Frage: „What would you like to change in the hospital“, habe ich unter anderem folgende Antworten erhalten: „The hospital was well equipped, but now it's missing.“(Nr.X4), „Equipment and drugs are not there.“(Nr.3), „They need good drugs.“ (Nr.23) und „Drugs should come direct from the manufacture: the shortest way to a moderate price.“(Nr.19). Den Benutzern ist nicht entgangen, dass



Einrichtungsgegenstände und medizinisches Equipment von Manyemen in andere Gesundheitszentren transferiert wurden. Am meisten wurden die schlechten Betten und der defekte Röntgenapparat erwähnt, durch den sie mehr Ausgaben haben (Transportkosten nach Nguti und erneute Einschreibgebühr im dortigen Spital).

Ein grösseres Problem stellen die teilweise fehlenden Medikamente dar. Wenn das Geld knapp ist, muss das Spital mit einer anstehenden Ergänzung der Medikamentenvorräte warten. Der Gesundheitsdienst der PCC verlangt, dass alle presbyterianischen Spitäler und Gesundheitszentren ihre Medikamente bei der Zentralapotheke in Buea beziehen. Der grosse Vorteil dabei ist, dass nur kontrollierte Medikamente von guter Qualität benützt werden. Ein Nachteil ist jedoch, dass die Medikamente aus der Zentralapotheke teilweise teurer sind und dass der Transport von Buea auch noch zusätzliche Kosten verursacht. Das Spital besorgt sich in Ausnahmefällen die Medikamente bei einem Händler, dem sie vertrauen. Der lässt auch Teilzahlungen zu, wenn das Spital gerade in finanziellen Schwierigkeiten steckt.

Ein Kritikpunkt der Benutzer ist nicht nur das Fehlen von Medikamenten, sondern auch die Vorschrift des Spitals, dass alle Benutzer ihre Medikamente von der Spitalapotheke beziehen müssen und nicht mit einem Rezept zu einer anderen, günstigeren Apotheke gehen können. Der Vorteil liegt zwar darin, dass die Benutzer nur Medikamente von guter Qualität erhalten, es kann aber wie erwähnt vorkommen, dass die Spitalapotheke die benötigten Medikamente nicht vorrätig hat. In der Folge klagen die Benutzer über Medikamente, auf die in einem solchen Fall ausgewichen wird, die nicht wirklich wirksam sind.

### 7. Diskussion: Die Qualität der Pflege

Abschliessend soll an dieser Stelle der theoretische Hintergrund dieser Ethnographie des Spitals im Hinblick auf die erworbenen Erkenntnisse und Resultate diskutiert werden.

Wie Steffen (1988) dargelegt hat, ist es für die Bestimmung der Qualität der Pflege aus Sicht der Benutzer zentral, die **Wünsche und Bedürfnisse** der Benutzer zu kennen. Diese Bedürfnisse sind aber alles andere als einheitlich und hängen jeweils von den Benutzern, deren Umfeld und dem Kontext der Erkrankung ab. Ich konnte jedoch drei zentrale Bedürfnisse lokalisieren, die die Mehrheit der Benutzer des Spitals Manyemen hat:

- Der gesunde Zustand vor der Erkrankung soll so schnell wie möglich wiederhergestellt werden.
- Die Behandlung sollte so wenig Geld wie möglich kosten.
- Der Gesundheitsanbieter sollte ihr Vertrauen geniessen, sei das durch eigene gute frühere Erfahrungen, durch Empfehlung oder durch einen guten Ruf.

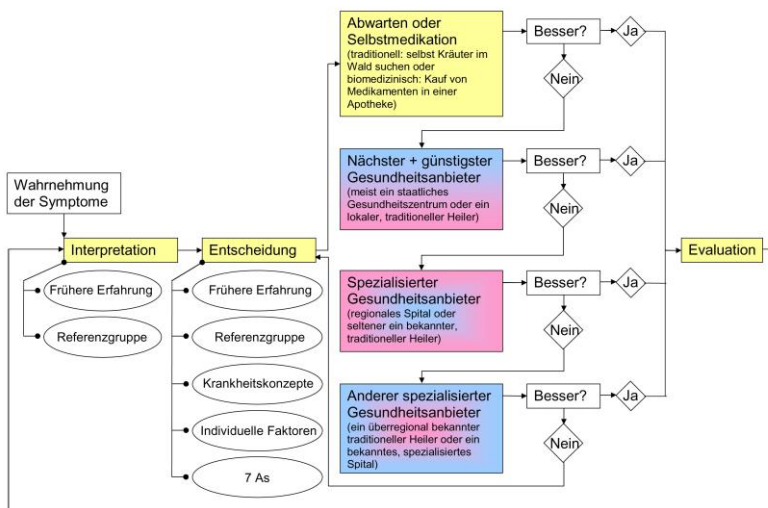
Das erste Bedürfnis hat mit dem zweiten zu tun. Je schneller die Gesundheit wiedererlangt wird, desto schneller ist die betroffene Person wieder leistungsfähig und kann sich der Arbeit widmen – oder beansprucht zumindest nicht mehr die Zeit eines der Geldverdiener in der Familie, falls die betroffene Person nicht selbst arbeitet. Wie die Studie von Beiersmann, Sanou, Wladarsch et al. (2007) zeigt, ist Geld ein wichtiger Faktor im Entscheidungsfindungsprozess. Möglichst wenig Geld für eine Behandlung auszugeben ist somit ein zentrales Bedürfnis. Als drittes ist Vertrauen in den Gesundheitsanbieter ein weiteres wichtiges Bedürfnis vieler Benutzer, das in vielen Fällen sogar wichtiger ist als Geld. Die Vertrauensbildung ist keine konstante Grösse, sondern sehr vom individuellen Kontext und von kulturellen Faktoren abhängig, da die Benutzer nicht nur Erwartungen in einen Gesundheitsanbieter bezüglich

der Qualität des medizinischen Angebotes, sondern auch in Bezug auf kulturelle Vorstellungen haben (Thiede 2005: 1452-1453). Wie unterschiedlich die Bedürfnisse von Benutzern sein können, zeigt der Vergleich meiner Resultate mit denen einer Studie von Bernhart, Wiadnyana, Wihardjo et al. in Indonesien, die folgende Prioritätenrangliste erstellt haben (die Skala reicht von 1, keine Priorität, bis 10, höchste Priorität): (9) geheilt zu werden, (8) gute Medizin zu erhalten, (6) Privatsphäre, (6) Sauberkeit, (5.5) Informationen zu erhalten, (5.5) ermutigt zu werden, Fragen zu stellen, und die Antworten zu verstehen, (4.5) dass das Personal die gleiche Sprache spricht, (4) nicht lange warten zu müssen, (3) gute Toiletten zu haben, (3) wenig Kosten zu haben und (3) mit dem Personal auch über private Dinge sprechen zu können (Bernhart, Wiadnyana, Wihardjo et al. 1999: 995).

Die Ziele und Bedürfnisse der Benutzer sind ein wichtiger Faktor der Qualität der Pflege aus Benutzersicht und ein noch wichtigerer für die Zufriedenheit der Benutzer mit den Behandlungen. Ebenfalls Einfluss haben die Ziele und Bedürfnisse der Benutzer auf ihr **Verhalten bei der Suche nach einem Gesundheitsanbieter**. Modelle für das Verhalten bei der Suche nach einem Gesundheitsanbieter finden sich bei Chopard (2008: 48-52).

Das Modell auf der folgenden Seite wurde von mir erweitert und den Verhältnissen der Benutzer vom Spital Manyemen angepasst:

## 7. Diskussion: Die Qualität der Pflege



Graph 7: Modell für die Suche nach einem Gesundheitsanbieter

(nach Chopard 2008: 50)

Populärer Sektor = Gelb; Volkstümlicher Sektor = Rot; Professioneller Sektor = Blau.

Nachdem die Symptome einer Erkrankung auftreten, werden diese von der betroffenen Person und ihrem Umfeld (der Referenzgruppe) gedeutet. Neben individuellen Faktoren (sozio-demographische und psychosoziale Charakteristika) können sowohl die Wahrnehmung der Erkrankung und deren Schweregrad (Art der Erkrankung, Ätiologiekonzept und Erwartungen) als auch Faktoren, die auf der individuellen Erfahrung und persönlichen Einstellung gegenüber Krankheit und Gesundheit beruhen (Prioritätensetzung, Motivation, ökonomische Situation, Konsequenzen und Vorstellungen / Kenntnisse über Gesundheit), Einfluss auf die Interpretation haben (van Eeuwijk 1999: 72-73).

Es folgt die Entscheidungsfindung, bei der die Referenzgruppe – oder *Therapy Management Group* (TMG) wie sie Janzen (1987) nennt – eine zentrale Rolle spielt. In der Forschung hat sich gezeigt, dass sich die Referenzgruppe zwar oft mit dem Haushalt, in dem die betroffene Person lebt, deckt, es kommt aber durchaus vor, dass (auch entfernte) Verwandte dazu gehören oder sogar Personen ausserhalb der Verwandtschaft (von Benda-Beckmann und von Benda-Beckmann 2000: 102). Auf welchen Gesundheitsanbieter die Wahl fällt und wie schnell die Referenzgruppe bei einer Erkrankung reagiert, ist stark vom ökonomischen Status, der Bildung und dem Geschlecht des Haushaltoberhauptes abhängig (Su, Pokhrel, Gbangou et al. 2006: 206). Am stärksten wird die Entscheidungsfindung jedoch von den fünf As (siehe Kapitel 2.3.) beeinflusst. Am Beispiel des Spitals Manyemen soll das weiter unten in diesem Kapitel veranschaulicht werden.

Es hat sich gezeigt, dass die Benutzer der MIM aus Spargründen oft eine Erkrankung selbst zu heilen versuchen, sei das nun mit traditionellen Heilkräutern, die sie im Wald sammeln, mit Medikamenten, die in Apotheken, sonstigen Verkaufsständen oder von Strassenhändlern gekauft werden können, oder nur durch Abwarten.<sup>50</sup> Verschwindet das Kranksein nicht, wird das erste Mal im Erkrankungsprozess der populäre Sektor (Helman 2007: 82-106) verlassen – in der Graphik 7 gelb eingefärbt. Je nach Wohnlage wird ein lokaler, traditioneller Heiler oder ein meist staatliches, da günstigeres Gesundheitszentrum aufgesucht. Falls die Symptome weiterhin vorhanden sind, wird erst nach diesem zweiten Schritt ein Besuch im Spital in Erwägung gezogen. Diese Vorgehensweise macht das finanzielle Problem der lokalen Bevölkerung nur akuter, denn

---

<sup>50</sup> Auch Su, Pokhrel, Gbangou et al. kamen in ihrer Studie über das Verhalten bei der Suche nach Gesundheitsanbietern im ruralen Burkina Faso zum Schluss, dass die Menschen im Untersuchungsgebiet aus finanziellen Überlegungen die Selbstmedikation als erste Behandlung wählen (2006: 204).

die vorhergehenden Behandlungen sind für sie ebenfalls mit hohen Kosten verbunden, sodass das Geld für die – noch teurere – Behandlung im Spital nun fehlt. Hinzu kommt, dass die Krankheit sich durch das Abwarten und/oder durch die Konsultation eines anderen Gesundheitsanbieters möglicherweise verschlechtert hat und die Behandlung im Spital noch teurer oder im schlimmsten Falle gar nicht mehr möglich ist. Es gibt einige Fälle, in denen die Krankheit im Spital nicht geheilt werden kann. Die Gründe dafür sind chronische Leiden, Geldmangel seitens der kranken Person (und dadurch Abbruch der Behandlung) oder nicht korrekte Einnahme der Medikamente. Wenn noch Geld vorhanden ist, wird oft ein überregional bekannter, traditioneller Heiler aufgesucht oder auch ein anderes spezialisiertes Spital. Zu ganz ähnlichen Resultaten gelangten Ngang, Ntaganira, Kalk et al. in ihrer Forschung in Ruanda. Die befragten Tuberkulosekranken versuchten zuerst die Selbstmedikation zu Hause, dann suchten sie einen traditionellen Heiler auf und erst in dritter Instanz kamen sie ins Spital, als die Krankheit schon (zu) sehr fortgeschritten war (2007: 1110-1111).

Mit der Einfärbung der Graphik 7 möchte ich die drei Gesundheitssektoren von Kleinman (1980: 49-60; Helman 2007: 82-106) hervorheben. Es wird klar ersichtlich, dass sich die erkrankte Person die meiste Zeit im populären Sektor (gelbe Einfärbung) aufhält und dann unter Umständen zwischen dem volkstümlichen (blau) und dem professionellen (rot) Sektor wechselt. Die Überschneidungen der verschiedenen Sektoren kommen in dieser Graphik nicht genug zur Geltung. Beispielsweise zählt die Selbstmedikation mit traditionellen Heilkräutern auch zum volkstümlichen Sektor, genauso wie die Selbstmedikation mit biomedizinischen Medikamenten zum professionellen Sektor gehört.

Dieses Modell habe ich zugunsten der Verständlichkeit stark vereinfacht. Genau in dieser Reihenfolge gehen die Benutzer meist nur dann vor, wenn eine neue, unbekannte Erkrankung vorliegt. Die Selbstmedikation wird beispielsweise übersprungen, wenn bekannt ist, dass eine gewisse Erkrankung nur bei einem bestimmten Gesundheitsanbieter geheilt werden kann.

Nun soll die **Qualität der Pflege** des Spitals Manyemen diskutiert werden. Bei der theoretischen Einbindung der Empirie halte ich mich weitgehend an den Vorschlag von Campbell, Roland und Buetow (2000: 1615), den sie zu Qualität der Pflege aus Benutzersicht gemacht haben. Piras (2000: 32) Modell soll mir als Ergänzung dienen.

Bei der **Struktur** des Spitals können wir auf drei der sieben As (Konzept des Zugangs zu Gesundheitsversorgung) zurückgreifen, und zwar auf: *Accessibility*, *Availability* und *Affordability*. Die Zugänglichkeit des Spitals kann je nach Wohnort der Benutzer ziemlich schlecht sein. Manyemen selbst befindet sich zwar an einer geteerten Strasse, diese reicht aber nur jeweils 27 km nach Süden und nach Norden. Danach kommt eine Piste, die je nach Witterung besser oder schlechter ist. In der Regenzeit ist sie ohne Vierradantrieb nur schwer zu befahren, und es muss mit sehr langen Wartezeiten gerechnet werden.<sup>51</sup> Während es auf der Hauptstrasse genügend Mitfahrgelegenheiten gibt, sind die vielen Stichstrassen in den Wald westlich und östlich der Strasse nur wenig frequentiert. Hier dient fast nur noch das Motorradtaxi als Transportmittel. Aber die meisten Benutzer gehen zu Fuss bis zur Hauptstrasse, wo sie dann ein Sammeltaxi zum Spital nehmen. In der Forschung hat sich jedoch gezeigt, dass die Distanz nicht der primäre Faktor für die Nutzung oder Nichtnutzung des

---

<sup>51</sup> Die Strecke Manyemen – Kumba (77 km) ist während der Trockenzeit in zwei Stunden zu schaffen, während der Regenzeit kann die Fahrtdauer über einen Tag betragen.

Spitals ist, obwohl sie bei kranken Personen, für die das Spital drei Tagesmärsche (gemessen an einer gesunden Person) entfernt liegt, doch sehr ins Gewicht fällt.<sup>52</sup> Die Verfügbarkeit der Spitaleinrichtung ist für kamerunische Verhältnisse sehr gut. Das Spital verfügt über eine Abteilung für ambulante Behandlungen für Konsultationen mit angeschlossenem Labor, einer Apotheke, Ultraschall, Röntgengerät und der Notfallstation. Die stationäre Abteilung umfasst im *General Hospital* 120 Betten für Chirurgie, Innere Medizin, Kinder und Geburtshilfe und im HRC 93 Betten für Lepra- und Tuberkulosefälle. Der Operationssaal ist gross und für kamerunische Verhältnisse gut ausgerüstet. Daneben gibt es im Spital eine kleine Abteilung für Augen- und eine für Zahnerkrankungen. Die Öffnungszeiten des Spitals sind sehr benutzerfreundlich. Das Personal ist zwar im Verhältnis zu den Benutzerzahlen relativ gross, es fehlt aber an gut qualifiziertem Personal. Weitere Punkte unter „Verfügbarkeit“ sind Elektrizität und Wasser. Das Spital hat keinen staatlichen Anschluss an Elektrizität und Wasser, Elektrizität wird anhand eines Generators produziert und Wasser kann aus einem Bach hoch gepumpt werden. Die Erschwinglichkeit der Struktur ist für die Benutzer nicht immer gut. Je nach Entfernung können die Transportkosten in der Regenzeit viel höher ausfallen als die Behandlungskosten für eine kleinere Erkrankung, die ambulant behandelt werden kann. Die Benutzer, die von weit her kommen, haben zusätzlich noch die finanzielle Belastung der Unterbringung, da sie oftmals keine Verwandte in Manyemen haben und daher auch Kost und Logis der Betreuungsperson bezahlen müssen. So kann ein stationärer Spitalaufenthalt bis zu 44-fach den Betrag überschreiten, den ein Haushalt

---

<sup>52</sup> Buors Forschungsergebnisse aus Ghana zeigten, dass die Distanz der Faktor mit der grössten Beeinflussung der Benutzung eines Gesundheitsdienstes ist – neben Einkommen, Reisezeit, Behandlungskosten und Bildung (Buor 2003: 305).



in einer Woche für den Lebensunterhalt braucht. Im Vergleich mit anderen Spitälern – vor allem solchen in Städten – sind die Preise in den MIM jedoch moderat.

Die Prozessqualität soll unter den Aspekten des Zugangs und der Effektivität beurteilt werden. Der **Zugang zum Prozess** bzw. zum Service lässt sich unter den Gesichtspunkten von *Availability*, *Affordability* und *Accommodation* betrachten. Wie im vorhergehenden Abschnitt beschrieben, ist die Verfügbarkeit der Spitaleinrichtung (Struktur) relativ gut. Wie aber sieht die Verfügbarkeit des Angebotes im tatsächlichen Arbeitsablauf (Prozess) aus? Das breite Angebot des Spitals ist den Benutzern bekannt und wird von ihnen auch rege genutzt. Leider funktionieren aber nicht alle vorhandenen Einrichtungen, z.B. wird das Röntgengerät aus Altersgründen nicht mehr benützt, die Benutzer werden für die Röntgenaufnahmen in ein 15 km entferntes Spital geschickt. Dadurch entstehen Mehrkosten in Form von Transportkosten und erneuten Einschreibgebühren in das andere Spital. Die kleine Abteilung für Zahnerkrankungen ist aufgrund des fehlenden Spezialisten – er wurde von der Kirchenleitung in ein anderes Spital transferiert – kaum mehr in Betrieb, auch wurde ein Grossteil der Einrichtung nach Kumba gebracht. Und die Augenabteilung kann wegen schlechter Kommunikation nicht optimale Arbeit leisten. Die Kommunikation ist auch zwischen den Mitarbeitern verbesserungsbedürftig, vor allem wenn sie zwischen dem qualifizierten Personal nicht funktioniert: Wenn ein Arzt kurzfristig seine Ferien einzieht und nicht klar ist, wann er wieder zurückkehrt, dann ist die Arbeitsmoral der anderen Mitarbeiter nicht sehr gross, die Mehrbelastung aber schon. Unzufriedenes Personal hat negativen Einfluss auf die Qualität des Angebotes, das gilt speziell für schlecht bezahlte Mitarbeiter (Bassett, Bijlmakers und Sanders 1997: 1848). Das Personal der MIM ist aufgrund der finanziellen Schwierigkeiten im Vergleich zu Angestellten in

der Stadt eher schlecht bezahlt und dies bei fast gleichen Unterhaltskosten. Ein weiterer Punkt ist fehlende Elektrizität und fehlendes Wasser. Dem nicht vorhandenen Anschluss an das Elektrizitäts- und Wassernetz wird zwar mit einem Generator und einer Wasserpumpe entgegengewirkt, wegen dem teuren Treibstoff fehlt Elektrizität und Wasser in der Praxis aber oft. Die Konsequenz ist schlechte Hygiene der Nasszellen und schwierige Bedingungen für Geburten und Behandlungen in der Nacht. Die Übereinstimmung des Spitalangebotes mit den Bedürfnissen der Benutzer ist wiederum relativ gut. Die teilweise Nichtumsetzung der Öffnungszeiten fällt bei den Benutzern nicht so negativ auf. Die langen Arbeitszeiten bei teils wenigen Benutzern veranlasst einige Mitarbeiter, später zur Arbeit zu erscheinen. Im Gegensatz zur Reisezeit fällt die Wartezeit in Bezug auf die Nutzung eines Gesundheitsangebotes nicht ins Gewicht (Tanser, Gijsbertsen und Herbst 2006: 702). Die Benutzer der MIM fanden eine gewisse Wartezeit ganz normal und waren nicht im Geringsten darüber verärgert. Einen viel höheren Stellenwert hat der tiefe Grad der Erschwinglichkeit. Obwohl das Spital versucht, so günstig wie möglich zu sein, sind die Behandlungen von den Benutzern teils kaum zu bezahlen. Der Hauptgrund liegt im Umgang mit Geld und darin, dass die meisten Benutzer Subsistenzwirtschaft betreiben und für die Ernährung kaum auf Geld angewiesen sind. Zu Bargeld kommen sie nur einmal im Jahr während der Kakaoernte. Das Spital erlässt in wenigen Fällen offensichtlich armen, zahlungsunfähigen Benutzern die Schulden. Das kommt aber immer weniger vor, da das Spital selbst zum Grossteil von den Behandlungsgebühren abhängig ist. Eine Konsequenz der niedrigen Erschwinglichkeit des Angebotes für die Benutzer ist der Abbruch der Behandlung, wenn einem Benutzer das Geld ausgegangen ist. In der Folge kann die Krankheit wieder ausbrechen und sich verschlimmern, was

wiederum Mehrkosten verursachen würde. Das Spital verpflichtet alle Benutzer, die verschriebenen Medikamente in der hauseigenen Apotheke zu kaufen. Dies verursacht zwar Mehrkosten, macht aber Sinn, da so sichergestellt werden kann, dass die Benutzer die richtigen Medikamente erhalten. Folglich steigt auch die Qualität der medizinischen Pflege im Spital.

Die **Effektivität des Prozesses** bzw. des Services soll unter den Punkten der klinischen und der interpersonellen Pflege betrachtet werden. Die klinische Pflege des Spitals ist auf einem hohen Niveau. Das Personal arbeitet sehr gut und sauber. Die Benutzer erhalten ihre Medikamente immer zur vorgegebenen Zeit, die Zimmer sind sauber und auch die anderen Aufgaben des Personals werden nach medizinischen Richtlinien erledigt. Die einzigen Kritikpunkte sind die teilweise fehlenden Medikamente in der Apotheke und die dreckigen Toiletten und Duschen. Diese Umstände sind aber weniger auf die Arbeit des Personals zurückzuführen, sondern auf das Problem der Finanzen bzw. des fehlenden Wassers. Was in der klinischen Pflege negativ auffällt ist die zwar seltene aber doch vorkommende Praxis, den Benutzern weniger wirksame Medikamente zu geben, wenn die richtigen in der Apotheke fehlen. Oder wenn bei einem Benutzer keine Krankheit diagnostiziert werden kann, er aber dennoch über Symptome klagt, werden diesem Benutzer oft trotzdem Medikamente verschrieben, einerseits weil die Benutzer bei jeder Konsultation Medikamente erwarten und andererseits weil es unmöglich wäre, einem Benutzer mit Symptomen zu sagen, er sei nicht krank. Die Folgen sind unnötige Mehrkosten für den Benutzer und Unzufriedenheit, da die Krankheitssymptome weiterhin bestehen bleiben. Folgender Punkt hat Auswirkung sowohl auf die klinische als auch auf die interpersonelle Pflege: Der Gesundheitsdienst der PCC versetzt seine Mitarbeiter immer wieder aus disziplinarischen Gründen. Meistens wird

ein solcher Transfer dem Mitarbeiter äusserst kurzfristig mitgeteilt. Das Ergebnis sind Behandlungen, die ein anderer Arzt weiterführen muss, der unter Umständen nicht auf die jeweilige Krankheit spezialisiert ist. Auf der interpersonellen Ebene vermittelt diese Praktik den Benutzern Unsicherheit, beispielsweise haben sie Vertrauen in einen bestimmten Arzt oder Mitarbeiter, der dann plötzlich verschwindet. Auch der persönliche Umgang des Personals mit den Benutzern hat Verbesserungspotential. Das gilt vor allem für das Hilfspersonal. Die qualifizierten Mitarbeiter leisten bessere zwischenmenschliche Arbeit, indem sie sich auch einmal Zeit nehmen, mit den Benutzern zu spassen oder über Persönliches zu sprechen.

Bei der Vermittlung von Wissen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit arbeitet das Spital qualitativ unterdurchschnittlich. Es sind zwar immer wieder Informationsgesprächsrunden mit den Benutzern geplant, sie werden aber nicht immer durchgeführt. Den Benutzern wird während den Konsultationen nicht gut genug erklärt, um welche Krankheit es sich bei ihnen handelt, wie damit umgegangen wird und wie man sich vor einer künftigen Ansteckung schützen könnte. Die Benutzer erhalten nur knappe Informationen zur Einnahme der Medikamente. Den Ärzten fällt eine umfassende Beratung sicher auch nicht leicht. Während der Forschung habe ich die Ansicht der Benutzer kennengelernt: Sie gehen davon aus, dass sie selbst nichts von Gesundheit und Krankheit – zumindest aus biomedizinischer Sichtweise – verstehen können. Deshalb nehmen die Benutzer an, dass die Spitalmitarbeiter die einzigen sind, die sie (biomedizinisch) heilen und für ihre Gesundheit sorgen können. Eine gute Kommunikation zwischen Ärzten und Benutzern ist nicht nur wichtig für einen erfolgreichen Genesungsprozess und für den Schutz vor künftigen Krankheiten, die Arzt-Patienten-Beziehung ist auch einer der wichtigsten Faktoren für die Patientenzufriedenheit (Gouveia et al. 2005: 116-117).

Das **Ergebnis** schliesslich soll unter den Aspekten des Gesundheitsstatus der Benutzer nach der Behandlung und der Beurteilung der Behandlung durch die Benutzer betrachtet werden. Der Gesundheitsstatus der Benutzer hat sich während der Behandlung meist enorm verbessert, jedoch nach einer Weile auch wieder verschlechtert. Als ich die Interviews mit den Benutzern durchgeführt habe, lag die Behandlung der meisten Benutzer schon ein halbes bis ganzes Jahr zurück. Ein Grossteil – wenn nicht sogar etwa die Hälfte – der Benutzer war in der Zwischenzeit wieder krank geworden. Dies kann verschiedene Gründe haben: Erstens kommen viele erkrankte Personen erst ins Spital, nachdem sie andere Gesundheitsanbieter aufgesucht haben, und bringen eine zu fortgeschrittene Krankheit mit. Zweitens kann die Krankheit chronisch sein. Drittens können sich die Benutzer aus Unwissenheit wieder anstecken, entweder hat der Arzt ihnen die Krankheit und die Präventionsmassnahmen gar nicht oder nur unverständlich erklärt oder die Benutzer haben sich nicht an die Anweisungen gehalten. Viertens werden Behandlungen manchmal aus Geldmangel abgebrochen. Meine Forschung jedenfalls zeigte, dass das Spital viel aus dem vorhandenen Potential macht und mit den begrenzten Möglichkeiten und Mitteln viel in Bezug auf die Behandlung seiner Benutzer erreicht, die *Accountability* (Chopard 2008: 41) ist also gut. Dementsprechend fällt die Beurteilung durch die Benutzer aus. Sie sind zufrieden mit der angebotenen, medizinischen Pflege und der Medikation. Interessanterweise hat sich niemand darüber beschwert, dass die Gesundheit nicht vollständig zurückgekehrt ist, es scheint immer wieder vorzukommen und fast normal zu sein. Eine schlechte Bewertung erhielt das Personal, die Kosten, die fehlende Elektrizität und das knappe Wasser. Im Hinblick auf die Bedürfnisse der Benutzer lässt sich sagen, dass das erste Bedürfnis, so schnell wie möglich wieder gesund zu werden, in den meisten Fällen vom

Spital befriedigt wird. Das zweite Bedürfnis nach sehr günstigen Behandlungen kann wegen der finanziellen Situation des Spitals kaum zur Zufriedenheit aller Benutzer erfüllt werden. Und das dritte Bedürfnis nach einem Gesundheitsanbieter, in den man Vertrauen haben kann, wird vom Spital Manyemen im Vergleich zu anderen Gesundheitsanbietern sehr gut befriedigt. Ja, meiner Meinung nach liegt das grösste Potential im guten Ruf, den das Spital genießt, und im Vertrauen, den die Benutzer in diese Institution haben.

Der Abschluss dieser Ethnographie des Spitals Manyemen mit Fokus auf die Qualität der Pflege unter besonderer Berücksichtigung des Zugangs sollen die zusammengefassten Ergebnisse in Bezug auf Praxis und Theorie bilden:

Die praxisbezogenen Ergebnisse, so wie sie in den empirischen Kapiteln über das Spital und seine Benutzer und im Schlusskapitel beschrieben sind, können durchaus vom Gesundheitsdienst der PCC und dem Spital in Manyemen als Grundlage dafür genommen werden, die Qualität von verbesserungswürdigen Angeboten zu steigern und gute Dienstleistungen auszubauen. Zukünftigen Forschern zum Thema Nutzersicht empfehle ich, den finanziellen Aspekt stärker mit einzubeziehen, denn in meiner Forschung hat sich gezeigt, dass die ökonomische Dimension eine sehr wichtige Rolle in der Entscheidungsfindung und dem Zugang zu Gesundheitsversorgung spielt.

Der Ansatz der Spitalethnographie ist zentral für diese Arbeit. Van der Geest und Finkler (2004: 1996) schreiben, dass jedes Spital eine eigene Identität und Dynamik besitze, die ethnographisch erforscht werden könne. Dies gelte vor allem für nicht westliche Spitäler, wo die Biomedizin ein von aussen gekommenes Gut ist. Des Weiteren sei das Spital als die sichtbarste Form der Biomedizin eine Domäne, in der zentrale Werte und

Anschauungen einer Gesellschaft sichtbar würden. Zusammengefasst repräsentiert ein Spital also erstens die Biomedizin und zweitens die Gesellschaft, in der es sich befindet, drittens entwickelt ein Spital aber auch eine eigene Identität und Dynamik. Durch meine Forschung bin ich der Meinung, dass dieser letzte Aspekt hervorgehoben werden muss. Das Fallbeispiel Manyemen zeigt, dass ein Spital in einer gegebenen politischen und sozialen Landschaft eine starke Eigendynamik entwickeln kann. Mich beeindruckten vor allem die ökonomischen Aspekte, die das Spital auf eine ganz eigene Art behandelt. So repräsentiert das Spital Manyemen nicht den Umgang mit Geld, der bei der Bevölkerung herrscht (die Geld braucht, wenn es da ist), aber auch nicht den Umgang mit Geld, den ein anderes biomedizinisches Spital hätte (z.B. eine vorausschauende Budgetplanung mit den vorhandenen Geldmitteln), denn die finanzielle Lage des Spitals Manyemen ist vor dem Hintergrund der PCC und deren Strukturen ganz anders.

Ausserdem war ein Ergebnis der Forschung, dass eines der drei wichtigsten Bedürfnisse der Benutzer Vertrauen in den Gesundheitsanbieter ist, ein Aspekt, der eher mit westlichen Wertvorstellungen in Verbindung gesetzt wird. Der Ansatz der Spital ethnographie vernachlässigt die Dimension des Vertrauens zwar nicht gänzlich, er müsste dieser Dimension aber – wie die Ergebnisse meiner Forschung fordern – mehr Beachtung schenken.

Die in Kapitel 2.2. vorgestellten Modelle für die Qualität der Pflege haben den Nachteil, zu wenig auf die Benutzer einzugehen und die emische Sichtweise mit einzubeziehen. Aufgrund meiner Erfahrungen und Ergebnissen aus der Forschung schlage ich deshalb vor, dass beispielsweise das Modell von Campbell, Roland und Buetow (Tabelle 2 auf Seite 34) um emische Fragestellungen erweitert wird. Campbell, Roland und Buetow (2000: 1615) führen unter der Pflegedimension

„Prozess“ und der Qualitätsdimension „Effektivität“ die „Effektivität der klinischen und interpersonellen Pflege“ auf. Es gibt aber nicht DIE „Effektivität der klinischen und interpersonellen Pflege“, denn die Antworten des Pflegepersonals werden anders als die Antworten der Benutzer ausfallen. Die Effektivität ist stark von der Prioritätensetzung und den Vorstellungen über Krankheit abhängig. Campbell, Roland und Buetow haben auch zu wenig die zwei verschiedenen Sichtweisen von Angebotsseite und Benutzerseite bei der Beurteilung der Behandlung und des Gesundheitsstatus’ betont. Ausserdem ist die kulturelle Dimension beim Modell der Pflegequalität zu wenig berücksichtigt worden, wahrscheinlich weil dieses Modell nicht aus der Ethnologie stammt.



## 8. Anhang

### *8.1. Liste der durchgeführten Interviews*

**Tabelle 4: Liste der Interviews mit stationären Patienten**

Date	No.	Sex	Age	Village	Distance <sup>53</sup>	Time <sup>54</sup>	Profession	Denomination
06.04.2008	1	M	72	Manyemen	0 km	0.00 h	Pastor	Presbyterian
06.04.2008	2	F	32	Manyemen	0 km	0.00 h	Teacher	Presbyterian
07.04.2008	5	F	2	Manyemen	0 km	0.00 h		Jehovah Witn.
07.04.2008	6	F	70	Ebanga	1 km	0.01 h	Farmer	Presbyterian
08.04.2008	8	F	55	Manyemen	0 km	0.00 h	Farmer	Presbyterian
09.04.2008	10	M	30	Manyemen	0 km	0.00 h	Cleaner	Presbyterian
11.04.2008	15	F	36	Bakogo	43 km	1.46 h	Farmer	Presbyterian
11.04.2008	16	F	3	Mbinda	47 km	1.58 h		Presbyterian
11.04.2008	17	F	60	Akak	36 km	1.25 h	Midwife	Presbyterian
13.04.2008	18	F	30	Supe	28 km	0.42 h	Housewife	Full Gospel
13.04.2008	19	F	73	Wone	21 km	0.31 h	Farmer	Presbyterian
15.04.2008	20	F	3	Manyemen	0 km	0.00 h		Presbyterian
16.04.2008	22	F	68	Manyemen	0 km	0.00 h	Farmer	Apostolic
18.04.2008	25	M	34	Dipenda	22 km	0.39 h	Student	Full Gospel
18.04.2008	26a	F	7	Dipenda	22 km	0.39 h	Pupil	Presbyterian
18.04.2008	26b	M	2	Dipenda	22 km	0.39 h		Presbyterian
23.04.2008	27	F	66	Baro	36 km	3.48 h	Farmer	Presbyterian

<sup>53</sup> Die Entfernung von Manyemen (direktester Weg).

<sup>54</sup> Die mindeste Zeit, die benötigt wird um ins Spital zu kommen, und zwar mit dem schnellst möglichen Verkehrsmittel während der Trockenzeit. In der Praxis haben die Menschen oft kein Transportmittel zu Verfügung (oder kein Geld dafür) oder/und die Fahrt verzögert sich durch Wartezeiten und schlechte Strassenverhältnisse während der Regenzeit. Die Reisedauer kann somit beträchtlich über der hier angegebenen liegen.

## 8. Anhang

Date	No.	Sex	Age	Village	Distance <sup>55</sup>	Time <sup>56</sup>	Profession	Denomination
30.04.2008	30	F	56	Supe	28 km	0.42 h	Farmer	Presbyterian
30.04.2008	31	F	26	Wone	21 km	0.31 h	Farmer	Presbyterian
01.05.2008	32	F	35	Bakolle	43 km	1.45 h	Applicant	Catholic
01.05.2008	33	F	20	Konye	39 km	1.15 h	Hairdresser	Full Gospel
04.05.2008	34	M		Ikenge	51 km	7.33 h	Farmer	Presbyterian
07.05.2008	36	M	3	Mwangale	32 km	3.42 h	Farmer	Full Gospel
09.05.2008	38	M	39	Mombo II	38 km	1.28 h	Farmer	Catholic
13.05.2008	40	F	2	Mbu	42 km	3.09 h	Farmer	Presbyterian
17.05.2008	43	M	39	Nake	96 km	4.06 h	Farmer	New Apostolic
17.05.2008	44	M	40	Illoani	134 km	6.00 h	Farmer	Catholic
29.05.2008	46	M	38	Douala	212 km	8.12 h	Forest work	

**Tabelle 5: Liste der Interviews mit ambulanten Patienten**

Date	No.	Sex	Age	Village	Distance	Time	Profession	Denomination
07.04.2008	3	M	6	Manyemen	0 km	0.00 h	Pupil	Presbyterian
07.04.2008	4	M	23	Manyemen	0 km	0.00 h	Hairdresser	Presbyterian
08.04.2008	7	M	28	Manyemen	0 km	0.00 h	Mechanic	Presbyterian
09.04.2008	11	F	72	Manyemen	0 km	0.00 h	Farmer	Presbyterian
09.04.2008	12	F	70	Manyemen	0 km	0.00 h	Farmer	Presbyterian
10.04.2008	13	F	58	Nguti	15 km	0.22 h	Farmer	Catholic
10.04.2008	14	M	53	Nguti	15 km	0.22 h	Police	Catholic
16.04.2008	21	M	52	Koba	25 km	1.01 h	Farmer	Baptist
17.04.2008	23	M	34	Nguti	15 km	0.22 h	Builder	Presbyterian
18.04.2008	24	F	33	Koba	25 km	1.01 h	Farmer	Catholic
29.04.2008	28	F	37	Nfaitock	35 km	1.04 h	Farmer	Presbyterian

<sup>55</sup> Die Entfernung von Manyemen (direktester Weg).

<sup>56</sup> Die mindeste Zeit, die benötigt wird um ins Spital zu kommen, und zwar mit dem schnellst möglichen Verkehrsmittel während der Trockenzeit. In der Praxis haben die Menschen oft kein Transportmittel zu Verfügung (oder kein Geld dafür) oder/und die Fahrt verzögert sich durch Wartezeiten und schlechte Strassenverhältnisse während der Regenzeit. Die Reisedauer kann somit beträchtlich über der hier angegebenen liegen.

Date	No.	Sex	Age	Village	Distance	Time	Profession	Denomination
29.04.2008	29	M	18	Nfaitock	35 km	1.04 h	Student	Apostolic
07.05.2008	35	F	37	Mwangale	32 km	3.42 h	Farmer	Full Gospel
09.05.2008	37	M	33	EkonaMombo	40 km	1.58 h	Farmer	Presbyterian
10.05.2008	39	M	31	Konye	39 km	1.15 h	Farmer	Catholic
15.05.2008	41	F	28	Bolo	48 km	1.42 h	Applicant	Presbyterian
16.05.2008	42	F	52	Kumba	77 km	3.09 h	Seller	Apostolic
18.05.2008	45	M	56	Mondongo	142 km	7.27 h	Farmer	Presbyterian
04.06.2008	47	F	41	Bakebe	50 km	1.49 h	Farmer	

**Tabelle 6: Liste der Interviews mit verschiedenen Patienten**

Date	No.	Sex	Age	Village	Distance	Time	Profession	Denomination
09.04.2008	9	M	70	Manyemen	0 km	0.00 h		Catholic
18.04.2008	X1			Dipenda	22 km	0.39 h		
23.04.2008	X2			Baro	36 km	3.48 h		
24.04.2008	X3			Ikenge	51 km	7.33 h		
09.05.2008	X4			EkonaMombo	40 km	1.58 h		
09.05.2008	X5			Mombo II	38 km	1.28 h		
10.05.2008	X6			New Konye	31 km	2.04 h		
15.05.2008	X7			Bolo	48 km	1.42 h		

**Tabelle 7: Liste der Interviews mit potentiellen Patienten<sup>57</sup>**

Date	No.	Sex	Age	Village	Distance	Time	Profession	Denomination
20.04.2008	I	M	63	Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Presbyterian
20.04.2008	II	M	56	Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Presbyterian
20.04.2008	III	M	70	Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Presbyterian
20.04.2008	IV	F	48	Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Presbyterian
20.04.2008	V	M	56	Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Presbyterian

<sup>57</sup> Dorfbewohner, die zwischen den Spitälern in Manyemen und in Nguti leben.

## 8. Anhang

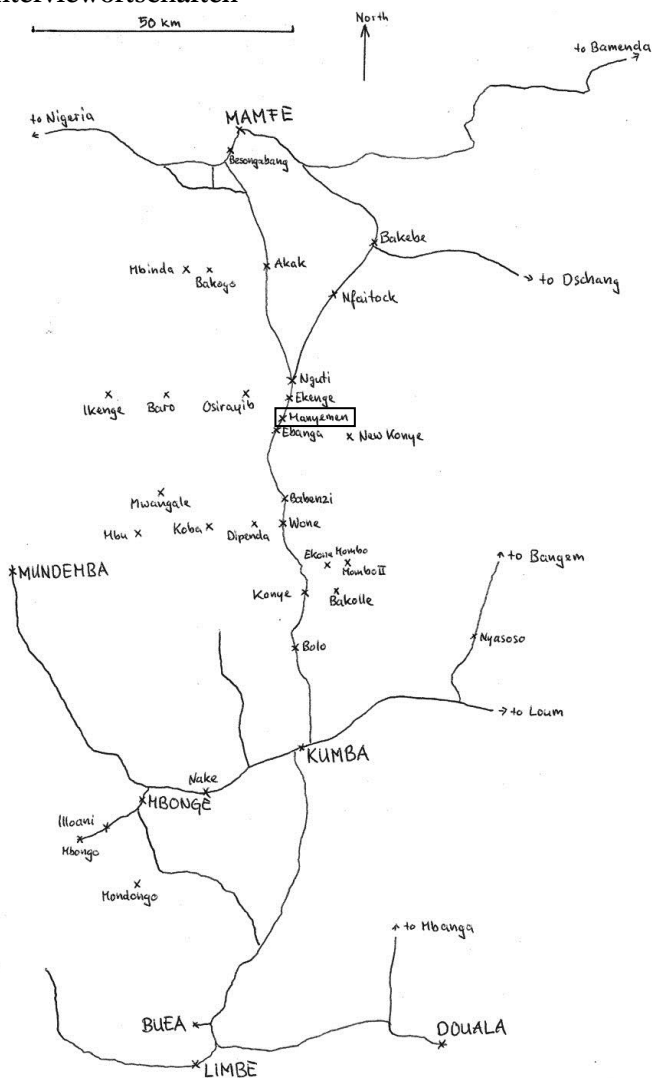
---

Date	No.	Sex	Age	Village	Distance	Time	Profession	Denomination
20.04.2008	VI	M		Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Presbyterian
20.04.2008	VII	M	48	Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Presbyterian
20.04.2008	VIII	M	24	Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Presbyterian
20.04.2008	IX	F	21	Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Presbyterian
20.04.2008	X	M	30	Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Catholic
20.04.2008	XI	M	50	Osirayib	15 km	1.10 h	Farmer	Catholic
11.05.2008	XII	F	67	Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XIII			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XIV			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XV			Ekenge	9 km	0.13 h	Officer	Presbyterian
11.05.2008	XVI	F	40	Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XVII	M	40	Ekenge	9 km	0.13 h	Timber work	
11.05.2008	XVIII			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XIX	M	33	Ekenge	9 km	0.13 h	Therapist	Presbyterian
11.05.2008	XX			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Catholic
11.05.2008	XXI			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XXII	F		Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XXIII			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XXIV			Ekenge	9 km	0.13 h	Officer	Presbyterian
11.05.2008	XXV			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XXVI			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XXVII			Ekenge	9 km	0.13 h	Council	Presbyterian
11.05.2008	XXVIII			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XXIX			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian
11.05.2008	XXX			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Catholic
11.05.2008	XXXI			Ekenge	9 km	0.13 h	Farmer	Presbyterian

**Tabelle 8: Liste der Interviews mit Gesundheitsanbietern**

Date	No.	Sex	Age	Village	Institution
14.04.2008	A	M	40	Manyemen	PCC Medical Institutions Manyemen
15.04.2008	B	M		Nguti	St. John of God Hospital
16.04.2008	C	M	29	Koba	Private Pharmacy
16.04.2008	D	F	36	Manyemen	Traditional Healer
18.04.2008	E	F	40	Wone	Government Health Centre
19.04.2008	F	F	37	Manyemen	Private Pharmacy
20.04.2008	G	M	56	Osirayib	Traditional Healer
20.04.2008	H	M	63	Osirayib	Traditional Healer
21.04.2008	I	F	31	Manyemen	PCC Medical Institutions Manyemen
21.04.2008	K	M	41	Manyemen	PCC Medical Institutions Manyemen
21.04.2008	L	M	71	Manyemen	Traditional Healer
26.04.2008	M	M	36	Manyemen	PCC Medical Institutions Manyemen
28.04.2008	N	M	47	Manyemen	PCC Medical Institutions Manyemen
29.04.2008	O	F	41	Nguti	Government Health Centre
30.04.2008	P	M	40	Babenzi1	Traditional Healer
15.05.2008	Q	M	44	Kumba	PCC Medical Institutions Manyemen
16.05.2008	R	M		Kumba	PCC Health Complex Kumba
17.05.2008	S	F	41	Mbongo	PCC Health Centre Mbongo
30.05.2008	T	F		Nyasoso	PCC Hospital Nyasoso
30.05.2008	U	M	44	Manyemen	PCC Medical Institutions Manyemen
05.06.2008	V	M	38	Besongabang	PCC Health Centre Besongabang
19.06.2008	W	F		Acha Tugi	PCC Hospital Acha Tugi

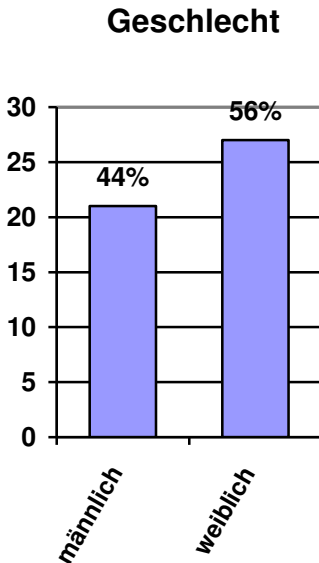
## Interviewortschaften



Karte 7: Interviewortschaften

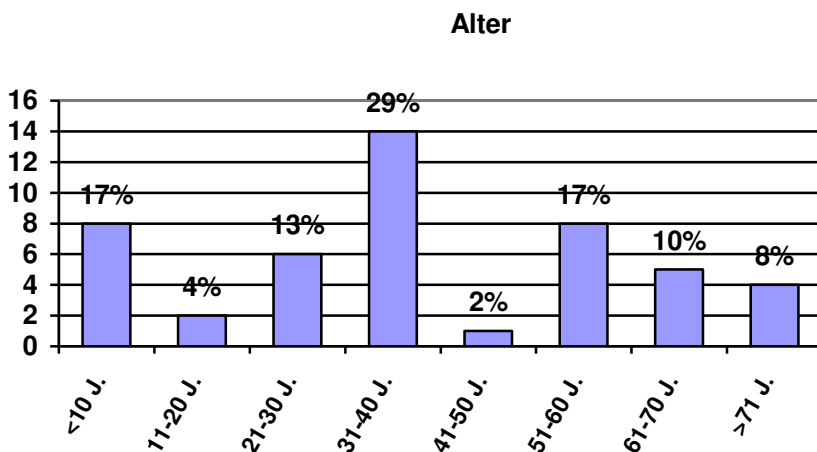
## 8.2. Charakterisierung der interviewten Benutzer

Für die Charakterisierung der Informanten in den folgenden Graphiken und Tabellen gilt, dass die Anzahl berücksichtigter Personen immer 48 ist, ausser wenn es im Text anders erwähnt ist.



In meiner Auswahl befanden sich 21 männliche und 27 weibliche Personen. Die höhere Anzahl von Frauen ergibt sich nicht dadurch, dass sie mehr krank sind, sondern weil auch Gebärende als Spitalbenutzer gelten.

Graph 8: Geschlecht der Befragten



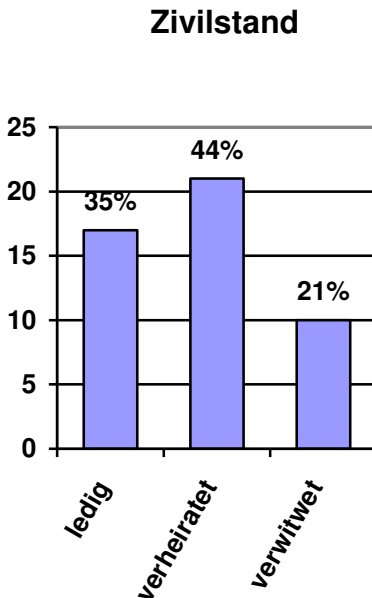
Graph 9: Alter der Befragten

Das Alter konnte nicht bei allen Befragten genau bestimmt werden. Die meisten Personen ab 30 Jahren wussten ihr genaues Geburtsjahr nicht. Sie gaben mir das im Personalausweis vermerkte Geburtsdatum an, welches bei der Ausstellung ungefähr rückgerechnet wurde.



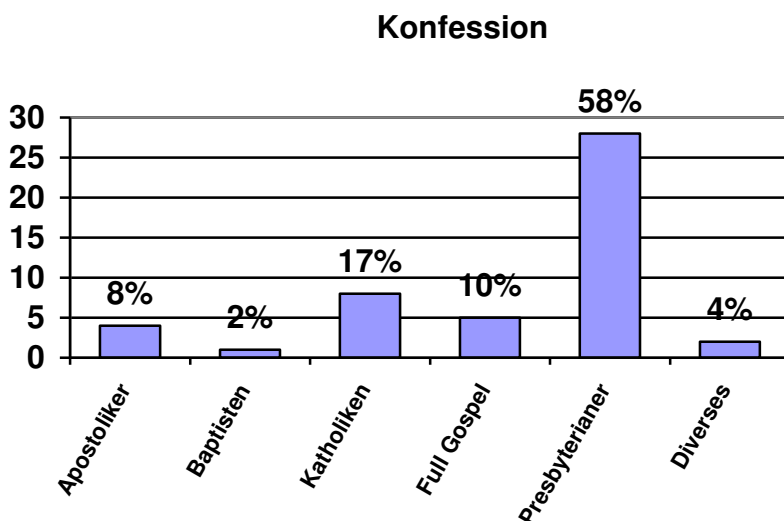
	ledig	verheiratet	verwitwet	
0 - 5 J.	6	0	0	6
6 - 10 J.	2	0	0	2
11 - 20 J.	2	0	0	2
21 - 30 J.	2	4	0	6
31 - 40 J.	3	11	0	14
41 - 50 J.	0	1	0	1
51 - 60 J.	0	3	5	8
61 - 70 J.	2	1	2	5
>70 J.	0	1	3	4
	17	21	10	48

Tabelle 9: Zivilstand pro Alter



17 Personen der Auswahl sind ledig (35%), 21 Personen verheiratet (44%) und 10 Personen verwitwet (21%). Letztere Gruppe beinhaltet nur einen Mann. Und in ersterer Gruppe sind 10 Personen unter 20 Jahre alt, demzufolge noch nicht im Heiratsalter. Wenn man die unter 20 Jährigen nun ausklammert, so sind 18% ledig, 55% verheiratet und 26% verwitwet.

Graph 10: Zivilstand der Befragten



Graph 11: Konfession der Befragten

Die vorherrschende Kirche im Südwesten ist die Presbyterianische. So sind auch 28 Befragte Presbyterianer (58%). Die landesweite Mehrheit bilden die Katholiken, die bei meinen Befragungen nur 17% bzw. 8 Personen ausmachen. In meiner Auswahl hatte ich bis auf eine Muslima ausschliesslich Christen. Leider konnte ich diese nicht finden und befragen, da sie in einer zu grossen Stadt wohnt.

### Schulbildung

	keine	Primar	Oberstufe	Mittelschule	
0 - 5 J.	0	1	0	0	1
11 - 20 J.	0	1	1	0	2
21 - 30 J.	0	5	1	0	6
31 - 40 J.	0	10	3	1	14
41 - 50 J.	0	1	0	0	1
51 - 60 J.	3	4	1	0	8
61 - 70 J.	4	1	0	0	5
>70 J.	3	0	0	1	4
	10	23	6	2	41

Tabelle 10: Schulbildung nach Alter der Befragten

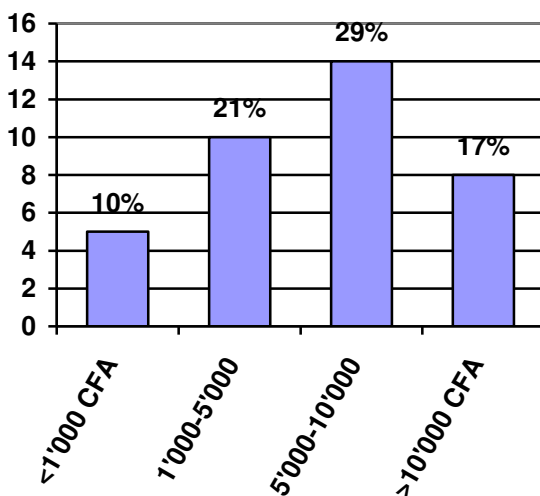
Die Primarschule wird sieben Jahre besucht, wobei ein kleiner Teil der Schüler die Schule früher abbricht. Die Oberstufe dauert fünf Jahre und man schliesst mit einem Diplom ab (ordinary level). Auch die Mittelschule wird mit einem Diplom abgeschlossen (advanced level).

Die sieben Informanten aus meiner Auswahl, die zu jung für die Schule sind, habe ich nicht in die Tabelle miteinbezogen. Anhand der Aufteilung nach Alter kann hier gut aufgezeigt werden, dass alle unter 50 Jährigen eine Schulbildung genossen haben. Die meisten (56%) haben nach der Grundschule keine weitere Schule mehr besucht. 20% aller Befragten haben eine höhere Schulbildung.

### Beruf

Die meisten der Befragten sind Feldbauern (25 Personen = 52%). Neben Studenten/Schüler (8 Personen = 17%) habe ich jeweils einen Forstarbeiter, Mechaniker, Pastor, Coiffeur, Polizist, Lehrer und eine Hebamme als Informanten.

### Lebenskosten (pro Woche)

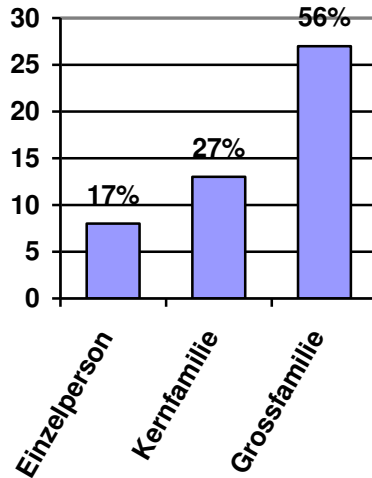


Graph 12: Lebenskosten der Befragten

Die Lebenskosten zeige ich nicht im Vergleich mit anderen Gebieten Kameruns auf oder um die Armut der Bevölkerung zu eruieren, sondern um die finanzielle Belastung aufzuzeigen, die bei einer Spitalbehandlung entsteht.

### Haushaltsgrösse

Acht Personen der Auswahl (17%) leben ganz alleine, mit einem Partner oder einem Geschwister zusammen.<sup>58</sup> 13 der Befragten (27%) leben in einer Kernfamilie von 3 bis 9 Personen, und 27 Befragte (56%) leben in einer Grossfamilie, 18 in einer Grossfamilie mit bis zu 10 Personen und 9 in einer mit bis zu 23 Personen.



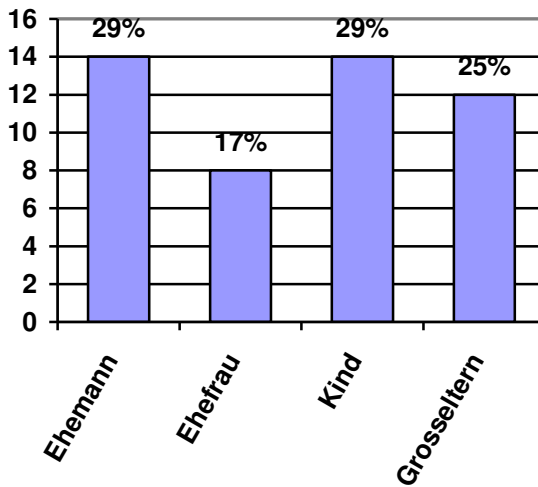
Graph 13: Haushaltsgrösse

---

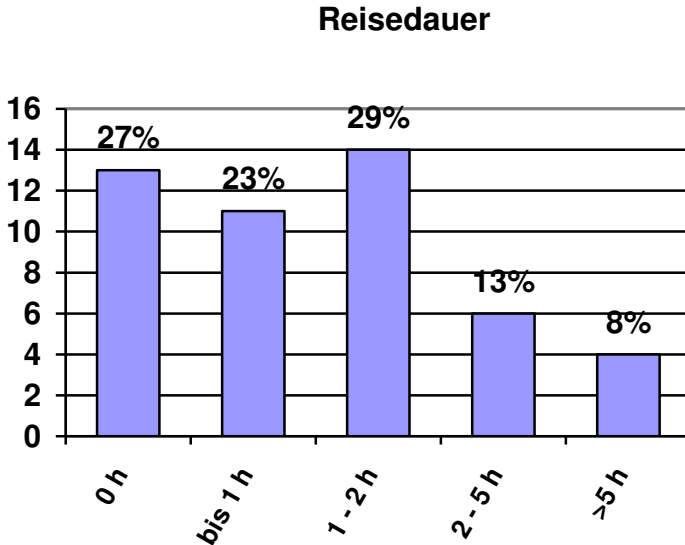
<sup>58</sup> Ich habe vor allem unverheiratete Schwestern angetroffen, die zusammen leben.

Der Status meiner Informanten im Haushalt ist wie folgt:

### Status im Haushalt



Graph 14: Status im Haushalt

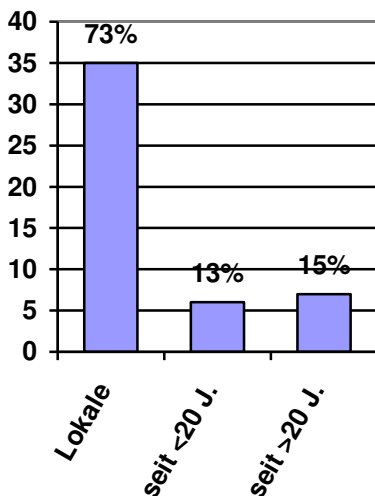


Graph 15: Reisedauer zum Spital

Für die Berechnung der Reisedauer eines Benutzers zum Spital bin ich von unfallfreier, trockener Strasse ausgegangen bei Benützung des schnellst möglichen Verkehrsmittels ohne Wartezeiten. Es handelt sich also um eine unrealistische Mindestzeit, die in der Trockenzeit nur sehr selten erreicht wird wegen Wartezeiten auf die Verkehrsmittel oder Nichtbenützung aus Geldmangel. In der Regenzeit kann sich diese Mindestzeit bis zu verzehnfachen. Trotzdem behalte ich diese Mindestzeit bei, da sie für den Vergleich und die Berechnungen nützlich ist.

Eine Reisedauer von bis zu einer Stunde entspricht 1-28 km, eine von 1-2 h sind 25-47 km, eine von 2-5 h sind 42-96 km und eine Dauer von über 5 Stunden entspricht 51-212 km.

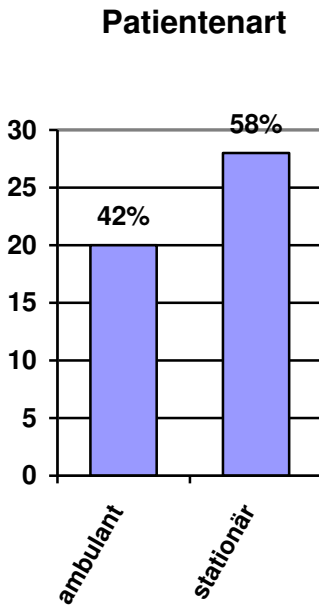
### Lokalität



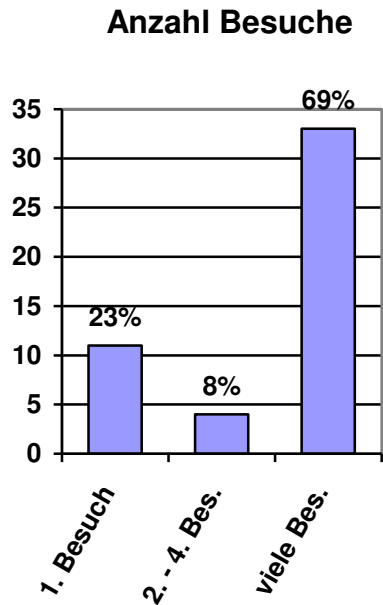
35 Befragte (73%) sind Lokale, das heisst sie sind in ihrem jetzigen Wohnort aufgewachsen. 6 Personen (13%) leben seit unter 20 Jahren an ihrem jetzigen Wohnort und 7 Personen (15%) seit über 20 Jahren.

Graph 16: Lokalität der Befragten





Graph 17: Patientenart



Graph 18: Besuchsanzahl der Befragten

20 Personen (42%) wurden noch nie stationär behandelt oder der stationäre Spitalbesuch liegt schon längere Zeit zurück. 28 Personen (58%) habe ich zu ihrem stationären Aufenthalt im Spital befragt. Die meisten der Befragten (33 Personen = 69%) waren schon oft in diesem Spital, nur für 11 Personen (23%) war es der erste Besuch.

### Erkrankungen

Die bei den Befragten auftretenden Erkrankungen sind nach ihrer Häufigkeit aufgeführt, wie in der Tabelle 11 (es sind Mehrfachnennungen möglich). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Nennung dieser Erkrankung pro 48 Personen.

Körperschmerzen	15	31.25%
Fieber	14	29.17%
Malaria	14	29.17%
Husten	10	20.83%
Kopfschmerzen	10	20.83%
Magen	8	16.67%
Juckreiz	6	12.50%
Blutdruck	5	10.42%
HIV/Aids	3	6.25%
Rheuma	3	6.25%
Herz	2	4.17%
Durchfall	2	4.17%
Leistenbruch	2	4.17%
Würmer	2	4.17%
Diabetes	1	2.08%

Tabelle 11: Häufigkeit der Erkrankungen

### 8.3. Herkunftsdörfer der Benutzer

**Tabelle 12: Herkunftsdörfer der Benutzer**

Dorf	Distanz <sup>59</sup>	Zeit <sup>60</sup>	Einwohner <sup>61</sup>	Gebiet <sup>62</sup>	% <sup>63</sup>
Manyemen	0 km	0.00 h	2500	1	16.06
Nguti	15 km	0.22 h	1781	3	7.62
Konye	39 km	1.15 h	3680	2	4.56
Eyang	32 km	0.55 h	918	3	3.96
Wone	21 km	0.31 h	2599	2	3.36
Dipenda	22 km	0.39 h	1826	2	2.39
Mamfe	104 km	4.49 h			2.32
Supe	28 km	0.42 h	2134	2	2.24
Kumba	77 km	3.09 h			2.17
Koba	28 km	1.24 h	3673	2	2.02
Dikome	36 km	1.06 h	2278	2	1.49
Kokobuma	18 km	0.27 h	741	2	1.49
Mbu	42 km	3.09 h	631	2	1.34
Ebemi	30 km	1.39 h	2772	2	1.19
Bakebe	50 km	1.49 h	764	3	1.19
Tinto	54 km	2.01 h	1877	3	1.05

<sup>59</sup> Die Entfernung von Manyemen (direktester Weg).

<sup>60</sup> Die mindeste Zeit, die benötigt wird um ins Spital zu kommen, und zwar mit dem schnellst möglichen Verkehrsmittel während der Trockenzeit. In der Praxis haben die Menschen oft kein Transportmittel zu Verfügung (oder kein Geld dafür) oder/und die Fahrt verzögert sich durch Wartezeiten und schlechte Strassenverhältnisse während der Regenzeit. Die Reisedauer kann somit beträchtlich über den hier angegebenen Zeiten liegen.

<sup>61</sup> Gemäss PGCSS (2003).

<sup>62</sup> Die Dörfer liegen in den Gebieten 1, 2 und 3 wie in den Karten 5 und 6 auf den Seiten 91 und 99 aufgeführt.

<sup>63</sup> Stellvertretend für das Jahr 2007 habe ich die Monate April, August und Dezember ausgewertet. In der Liste sind die Benutzerzahlen in Prozenten aus den einzelnen Dörfern aufgeführt.

## 8. Anhang

---

Dorf	Distanz	Zeit	Einwohner	Gebiet	%
Ashum	43 km	1.28 h	752	3	1.05
Nfaitock	35 km	1.04 h	676	3	1.05
Ekenge	9 km	0.13 h	260	3	1.05
Babenzi	12 km	0.18 h	900	1	0.97
Nyandong	49 km	2.30 h	300	2	0.97
Kombone	31 km	0.51 h	1316	2	0.9
Ntenbang	62 km	3.01 h	706	3	0.9
Timber Road	36 km	1.06 h	--	2	0.82
Matoh	68 km	3.00 h			0.82
Mwangale	32 km	3.42 h	1029	2	0.75
Betock	3 km	0.04 h	250	1	0.75
Mboka	12 km	0.18 h	81	3	0.75
Douala	212 km	8.12 h			0.75
Ediango	6 km	0.09 h	111	1	0.67
Epen	35 km	2.34 h	0	1	0.67
Ndoi	--	--			0.67
Difenda	39 km	1.51 h	--	2	0.6
Lobange	41 km	2.06 h	1816	2	0.6
Difang	58 km	2.31 h	740	3	0.6
Madie	--	--			0.6
Mekom	46 km	2.07 h	1000	2	0.52
Okoroba	53 km	2.16 h	437	3	0.52
Ebanga	1 km	0.01 h	400	1	0.52
Bakolle	43 km	1.45 h	1395	2	0.45
Kukaka	41 km	1.21 h	1093	2	0.45
Ntale	48 km	4.12 h	781	2	0.45
Sumbe	61 km	2.54 h	628	3	0.45
Mukwalibe	17 km	1.49 h	369	2	0.45
Sambarliba	17 km	1.49 h	368	2	0.45
Ayong	11 km	1.04 h	174	2	0.45
Akwaya	194 km	21.42 h			0.45
Bachuo	73 km	4.42 h			0.45

Dorf	Distanz	Zeit	Einwohner	Gebiet	%
Balong	--	--			0.45
Bekando	--	--			0.45
Ekombe	86 km	3.36 h			0.45
Mbanga	146 km	5.48 h			0.45
Muyuka	124 km	5.30 h			0.45
Yaounde	431 km	19.09 h			0.45
Ngolo Bolo	39 km	1.15 h	3825	2	0.37
Kumbe	23 km	0.34 h	1042	2	0.37
Abat	65 km	2.52 h	487	3	0.37
Bakogo	43 km	1.46 h	168	3	0.37
Atibong	--	--			0.37
Buea	156 km	6.48 h			0.37
Mbonge	120 km	5.18 h			0.37
Weme	47 km	1.39 h			0.37
Ekona	40 km	2.03 h	--	2	0.3
Ekona Mombo	40 km	1.58 h	1431	2	0.3
Mombo II	38 km	1.28 h	925	2	0.3
Nongomadika	34 km	1.18 h	818	2	0.3
Kurume	43 km	1.27 h	438	2	0.3
Badum	22 km	0.57 h	435	2	0.3
Talangaye	9 km	0.13 h	400	1	0.3
Mbinda	47 km	1.58 h	272	3	0.3
Balangi	94 km	4.00 h			0.3
Bole	100 km	4.18 h			0.3
Matondo	52 km	1.54 h			0.3
Mofako	--	--			0.3
Mungo Ndor	41 km	3.19 h	699	2	0.22
Akiriba	57 km	2.24 h	459	3	0.22
Baro	36 km	3.48 h	222	2	0.22
Bambe	44 km	1.45 h	117	2	0.22
Massaka	--	--	41	2	0.22
Bolo	48 km	1.42 h			0.22

## 8. Anhang

---

Dorf	Distanz	Zeit	Einwohner	Gebiet	%
Ediki	90 km	3.48 h			0.22
Ifange	46 km	2.43 h			0.22
Nchang	98 km	4.31 h			0.22
Ndekwei	91 km	4.10 h			0.22
Ntalle	59 km	2.16 h			0.22
Nyasoso	123 km	5.27 h			0.22
Tombel	113 km	4.57 h			0.22
Beme	--	--	--	2	0.15
Eboko	45 km	2.00 h	--	2	0.15
Ikenge	51 km	7.33 h	--	2	0.15
Bermin	48 km	4.12 h	988	2	0.15
Itoki	--	--	729	2	0.15
Molongo	--	--	500	2	0.15
Bayenti	18 km	0.31 h	173	3	0.15
Bajo	75 km	3.22 h	133	3	0.15
Bamenda	359 km	11.07 h			0.15
Bangem	165 km	7.33 h			0.15
Besongabang	98 km	4.31 h			0.15
Ekondo Titi	125 km	5.33 h			0.15
Eyang Nchang	101 km	4.40 h			0.15
Eyumjock	136 km	9.25 h			0.15
Ikiliwindi	64 km	2.30 h			0.15
Kwakwa	95 km	4.03 h			0.15
Limbe	169 km	7.07 h			0.15
Mundemba	165 km	7.33 h			0.15
Ntenako	93 km	4.16 h			0.15
Ekita	10 km	0.15 h	--	1	0.07
Ndoi Bakundu	40 km	1.18 h	1068	2	0.07
Fontabe	56 km	2.16 h	1014	3	0.07
Moisanja	38 km	5.12 h	498	2	0.07
Mbegati	55 km	2.22 h	264	3	0.07
Nkwenfor	19 km	0.28 h	212	2	0.07

Dorf	Distanz	Zeit	Einwohner	Gebiet	%
Boka	30 km	1.57 h	0	1	0.07
Acha Tugi	413 km	13.07 h			0.07
Bafut	381 km	11.40 h			0.07
Baikuke	135 km	6.03 h			0.07
Bakumba	--	--			0.07
Bangabakundu	103 km	4.27 h			0.07
Boa	--	--			0.07
Esukutan	99 km	9.22 h			0.07
Etam	--	--			0.07
Kembong	96 km	4.25 h			0.07
Kesham	--	--			0.07
Nake	96 km	4.06 h			0.07
Ndian	165 km	7.33 h			0.07
Ngwandi	--	--			0.07
Tiko	161 km	6.55 h			0.07

#### *8.4. Fotos aus der Forschung*



Die Einfahrt zum Spital.



Der Innenhof der stationären Abteilung.





Die ambulante Abteilung.



Die Wartezone an einem arbeitsfreien Tag.



Eine Benutzerin mit ihrer Begleitperson in einem Privatzimmer.



Die Geburtsabteilung.



Ein alter Operationssaal.



Der Kreissaal.



Die Augenstation.



Die Küche für die Begleitpersonen.

Die Toiletten des Spitals.



Die Feuerstelle zum Kochen.





Das Wasserreservoir für das ganze Spitalareal.



Handschuhe zur Wiederverwendung.



Die Spitaladministration.



Das Camp für die Lepraerkrankten, welche permanent hier leben.



Die Ölmühle.



Das Gesundheitszentrum in Besongabang (Mamfe).



Staatliche Aidskampagne.





Das Gesundheitszentrum in Mbongo.





Manyemen.



Koba, ein Dorf im Waldland abseits der Hauptstrasse.



Die Holzschlagfirmen sorgen für gute Pisten.



Die staatlichen Hauptstrassen können jedoch sehr schlecht sein.



Ein schneller Transport zum Spital ist hier unmöglich.



Vor allem während der Regenzeit.





Die Bewohner von Osirayib vor der Dorfkirche.



Ikenge ist elf Stunden Fussmarsch vom nächsten Spital entfernt.



Dieser Weg ist mit dem Motorrad noch befahrbar.

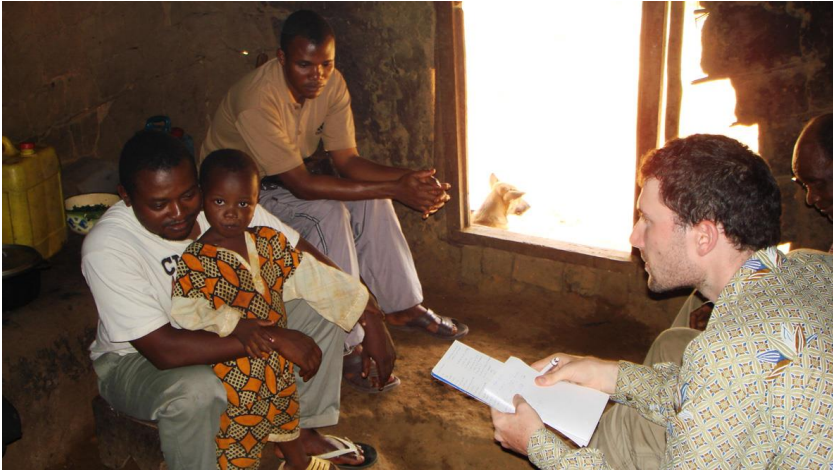


Manchmal wird es aber sogar zu Fuss schwierig.





Interviews mit Benutzern und Gesundheitsanbietern.



Ein traditioneller Heiler erklärt mir sein Heilverfahren.

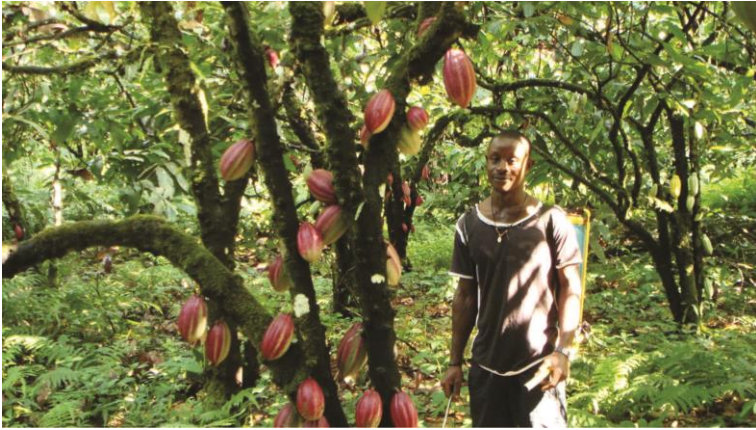


Gabriel, einer der Leprapatienten, er lebt seit ca. 50 Jahren im Lepracamp.

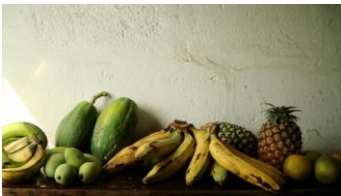


Verschiedene Häuser.





Kakao, die Haupteinnahmequelle.



Die meisten Einheimischen leben von Subsistenzwirtschaft.

## 9. Bibliographie

### *9.1. Veröffentlichte Werke*

- Applebaum, Robert A., Jane K. Straker, Scott M. Geron 2004:  
Patientenzufriedenheit. Benennen, bestimmen, beurteilen. Bern,  
Hans Huber.
- Argenti, Nicolas 2005: Dancing in the Borderlands. The Forbidden  
Masquerades of Oku Youth & Women, Cameroon. In: Alcinda  
Honwana und Filip de Boeck (Hg.): Makers & Breakers. Children &  
Youth in Postcolonial Africa. Oxford/Trenton/Dakar, James  
Currey und Africa World Press.
- Baer, Hans A., Merrill Singer und Ida Susser 2003: Medical Anthropology  
and the World System. Westport (Connecticut), Praeger.
- Barley, Nigel 2001: Die Raupenplage. Von einem, der auszog, Ethnologie  
zu betreiben. München, Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Bassett, Mary Travis, Leon Bijlmakers und David M. Sanders 1997:  
Professionalism, Patient Satisfaction of Quality of Health Care.  
Experience during Zimbabwe's Structural Adjustment Programme.  
In: Social Science & Medicine Vol. 45, Issue 12. S. 1845-1852.
- Beiersmann, Claudia, Aboubakary Sanou, Evelyn Wladarsch et al. 2007:  
Malaria in rural Burkina Faso. Local illness concepts, patterns of  
traditional treatment and influence on health-seeking behaviour. In:  
Malaria Journal 6:106.
- Berman, Peter, Carl Kendall und Karabi Bhattacharyya 1994: The  
Household Production of Health. Integrating Social Science

- Perspectives on Micro-level Health Determinants. In: Social Science & Medicine Vol. 38, Issue 2, S. 205-215.
- Bernard, H. Russell 1994: Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches. Newbury Park, Sage Publications.
- Bernhart, Michael H., I.G.P. Wiadnyana, Haryoko Wihardjo et al. 1999: Patient satisfaction in developing countries. In: Social Science & Medicine Vol. 48, S. 989-996.
- Blumenthal, David 1996: Quality of care – what is it? In: New England Journal of Medicine, 335, S. 891-894.
- Brook, Robert H., Elizabeth A. McGlynn und Paul D. Cleary 1996: Measuring quality of care. In: New England Journal of Medicine, 335, S. 966-970.
- Buor, Daniel 2003: Analysing the primacy of distance in the utilization of health services in the Ahafo-Ano South district, Ghana. In: International Journal of Health Planning and Management, Vol. 18, Issue 4, S. 293-311.
- Calnan, Michael 1998: Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. In: Social Science & Medicine Vol. 27, Issue 9. S. 927-933.
- Campbell, Stephen M., Martin O. Roland und Stephen A. Buetow 2000: Defining quality of care. In: Social Science & Medicine Vol. 51. S. 1611-1625.
- Cleary, Paul D. 2003: A Hospitalization from Hell. A Patient's Perspective on Quality. In: Annals of Internal Medicine, Vol. 138, Issue 1, S. 33-39.
- Donabedian, Avedis 1966: Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, Issue 2, Part 2. S. 166-206.

## 9. Bibliographie

---

- Donabedian, Avedis 1980: The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan, Ann Arbor.
- Erkert, Thomas 1991: Qualitätssicherung im Krankenhauswesen. Übertragbarkeit nordamerikanischer Ansätze auf die Bundesrepublik Deutschland. Konstanz, Hartung-Gorre.
- Finkler, Kaja 2004: Biomedicine globalized and localized. Western medical practices in an outpatient clinic of a Mexican hospital. In: Social Science & Medicine, Vol. 59, Issue 10, S. 2037-2051.
- Finkler, Kaja, Cynthia Hunter and Rick Iedema 2008: What Is Going on? Ethnography in Hospital Spaces. In: Journal of Contemporary Ethnography, Vol. 37, Issue 2, S. 246-250.
- Fisiy, Cyprian F. und Peter Geschiere 1991: Sorcery, Witchcraft and Accumulation. Regional variations in South and West Cameroon. In: Critique of Anthropology Vol. 11, Issue 3. S. 251-278.
- Foucault Michel 1988: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main, Fischer.
- Fuchs, Regina 2007: Kamerun. Bielefeld, Reise Know-How Verlag.
- Geschiere, Peter 2001: Witchcraft and new forms of wealth. Regional variations in South and West Cameroon. In: Paul Clough and Jon Mitchell (Hg.): Powers of Good and Evil. Moralities, commodities and popular belief. New York, Oxford, Berghahn Books.
- Geschiere, Peter 2006: Witchcraft and Modernity. Thoughts about a Strange Complicity. In: James Kiernan (Hg.): The Power of the Occult in Modern Africa. Continuity and Innovation in the Renewal of African Cosmologies. Berlin, Lit Verlag. S. 45-74.
- Gouveia, Giselle Campozana et al. 2005: Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. In: Cadernos de Saude Publica, Vol. 21, Issue supp text, S. S109-S118.

- Greifeld, Katarina 2003: Einführung in die Medizinethnologie. In:  
Katarina Greifeld (Hg.): Ritual und Heilung. Eine Einführung in die  
Medizinethnologie. Berlin, Dietrich Reimer Verlag. S. 11-37.
- Hauser-Schäublin, Brigitta 2003: Teilnehmende Beobachtung. In: Bettina  
Beer (Hg.): Methoden und Techniken der Feldforschung. Berlin,  
Reimer. S. 33-54.
- Helman, Cecil G. 2007: Culture, health and illness. 5. Aufl. London,  
Hodder Arnold.
- Hillebrand, Ernst und Andreas Mehler 1993: Kamerun. In: Dieter  
Nohlen, Franz Nuscheler (Hg.): Handbuch der Dritten Welt. Bonn,  
Verlag J.H.W. Dietz. S. 444-460 Bd. 4.
- Inhorn, Marcia C. 2004: Privacy, privatization, and the politics of  
patronage. Ethnographic challenges to penetrating the secret world  
of Middle Easter hospital-based in vitro fertilization. In: Social  
Science & Medicine, Vol. 59, Issue 10, S. 2095-2108.
- Janzen, John M. 1978: The Quest for Therapy. Medical Pluralism in  
Lower Zaire. Berkeley/Los Angeles/London, University of  
California Press.
- Janzen, John M. 1987: Therapy Management. Concept, Reality, Process.  
In: Medical Anthropology Quarterly Vol. 1, Issue 1. S. 68-84.
- Janzen, John M. 2002: The Social Fabric of Health. An Introduction to  
Medical Anthropology. New York, Mc Graw-Hill.
- Jenkins, Paul 1989: Kurze Geschichte der Basler Mission. Basel, Basler  
Mission.
- Kaltenbach, Tobias 1991: Qualitätsmanagement im Krankenhaus.  
Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total  
Quality Management. Melsungen, Bibliomed.

## 9. Bibliographie

---

- Katz, Pearl und Faris R. Kirkland 1988: Traditional Thought and Modern Western Surgery. In: Social Science & Medicine Vol. 26, Issue 12, S. 1175-1181.
- Kleinman, Arthur 1980: Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berekely (Los Angeles), University of California Press.
- Klemperer, David 1996: Neue medizinische Kultur. Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff. In: Mabuse, Vol. Jan/Feb 1996. S. 22-27.
- Koloss, Hans-Joachim und Lorenz Homberger 2008: Das Kameruner Grasland und die Geschichte seiner wissenschaftlichen Erforschung. In: Lorenz Homberger (Hg.): Kamerun. Kunst der Könige. Zürich, Museum Rietberg. S. 8-21.
- Kondji Kondji, Dominique 2005: Politique et Systeme de Sante. Evolution historique au Cameroun: de la conceptualisation à l'opérationnalisation. MTC-HEALTH Productions, Yaoundé.
- Long, Debbi, Cynthia Hunter und Sjaak van der Geest 2008: When the Field is a Ward or a Clinic. Hospital Ethnography. In: Anthropology & Medicine. Special Issue, Vol. 15, Issue 2. S. 71-78.
- Lupton, Deborah 2003: Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies. London/Thousand Oaks/New Delhi, Sage.
- Lux, Thomas 2003: Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss. In: Thomas Lux (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. Berlin, Dietrich Reimer Verlag.
- Mulemi, Benson A. 2008: Patients' perspectives on hospitalisation. Experiences from a cancer ward in Kenya. In: Anthropology & Medicine, Vol. 15, Issue 2, S. 117-131.

- Müller, Klaus und Ulrike Thielhorn 2000: Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten. Stuttgart/Berlin/Köln, Kohlhammer.
- Neumann, Josef 1978: Eingeborenenheilkunde und europäische Medizin in Kamerun. Freiburg i.Br., H.F. Schulz Verlag.
- Ngang, P.N., J. Ntaganira, A. Kalk et al. 2007: Perceptions and beliefs about cough and tuberculosis and implications for TB control in rural Rwanda. In: International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases, Vol. 11, Issue 10, S. 1108-1113.
- Niger-Thomas, Margaret 1995: Women's Access to and Control of Credit in Cameroon. The Mamfe Case. In: Shirley Ardener und Sandra Burman (Hg.): Money-Go-Rounds. The Importance of Rotating Savings and Credit Associations for Woman. Oxford/Washington D.C., Berg. S. 95-110.
- Nijhof, Gerhard 2001: Ziekenwerk. Een kleine sociologie van alledaags ziekenleven. Amsterdam, Aksant Pasman, R.
- Nitzschke, Tilman und Donata von Lüttwitz 1981: Annehmbarkeit präventiver und promotiver Massnahmen eines Health Centre für die Bevölkerung. Dargestellt am Beispiel der ländlichen Gesundheitsversorgung der Vereinigten Republik Kamerun. Frankfurt a.M., Verlag Peter Lang.
- Nyansako-ni-Nku (Hg.) 1982: Journey in Faith. The story of the Presbyterian Church in Cameroon. Yaoundé, BUMA KOR & Co (Publishers).
- Panoff, Michel und Michel Perrin 2000: Taschenwörterbuch der Ethnologie. Begriffe und Definitionen zur Einführung. Berlin, Dietrich Reimer Verlag.

## 9. Bibliographie

---

- Penchansky, Roy und J. William Thomas 1981: The Concept of Access. Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. In: Medical Care, Vol. 19, Issue 2, S. 127-140.
- Pira, Andreas 2000: Umfassendes Qualitätsmanagement im Spital. Das EFQM-Modell als Basis. Zürich, vdf Hochschulverlag AG.
- Pirsig, Robert M. 2003: Zen und die Kunst ein Motorrad zu warten. Ein Versuch über Werte. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag.
- Rivers, William Halse 1924: Medicine, magic and religion. London, Kegan Paul.
- Röschenthaler, Ute 1993: Die Kunst der Frauen. Zur Komplementarität von Nacktheit und Maskierung bei den Ejagham im Südwesten Kameruns. Berlin, VWB (Verlag für Wissenschaft und Bildung).
- Röschenthaler, Ute 1999: „Fetische aus Bulu N’Guti“. Max Esser’s „Bakundu“-Skulpturen und der Handel im Waldland von Kamerun. In: Tribus. Jahrbuch des Linden-Museums, Vol. 48, S. 147-171.
- Röschenthaler, Ute 2000: Lokalität und Siedlungsgeschichte im Cross River-Gebiet. In: Zeitschrift für Ethnologie, Vol. 125, S. 189-214.
- Röschenthaler, Ute 2004a: Die Ambivalenz des Ausserordentlichen. Talent und Macht als endliche Resource im Cross-River-Gebiet. In: Tobias Wendl (Hg.): Africa Screams. Das Böse in Kino, Kunst und Kult. Wuppertal, Peter Hammer Verlag. S. 127-141.
- Röschenthaler, Ute 2004b: Neuheit, *Bricolage* oder Plagiat? Zur Entstehung neuer Tanzbünde im Cross River-Gebiet (im Südwesten Kameruns und Südosten Nigerias). In: Paideuma, Vol. 50, S. 193-223.
- Röschenthaler, Ute 2004c: Transacting Obasinjom. The Dissemination of a Cult Agency in the Cross River Area. In: Africa, Vol. 74, Issue 2, S. 241-276.



- Röschenthaler, Ute 2006: Translocal cultures. The slave trade and cultural transfer in the Cross River region. In: Social Anthropology, Vol. 14, Issue 1, S. 71-91.
- Scheper-Hughes, Nancy und Margaret M. Lock 1987: The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. In: Medical Anthropology Quarterly Vol. 1, Issue 1. S. 6-41.
- Schicho, Walter 1999-2004: Kamerun. In: Ders.: Handbuch Afrika. In drei Bänden. Frankfurt a.M., Brandes & Apsel. Bd. 2 S. 52-73.
- Schlehe, Judith 2003: Formen qualitativer ethnographischer Interviews. In: Bettina Beer (Hg.): Methoden und Techniken der Feldforschung. Berlin, Reimer. S. 71-94.
- Schweikart, Jürgen 1992: Räumliche und soziale Faktoren bei der Annahme von Impfungen in der Nord-West Provinz Kameruns. Ein Beitrag zur Medizinischen Geographie in Entwicklungsländern. Heidelberg, im Selbstverlag des Geographischen Instituts der Universität Heidelberg.
- Schweizer, Peter A. 2002: Mission an der Goldküste. Geschichte und Fotographie der Basler Mission im kolonialen Ghana. Basel, Christoph Merian Verlag.
- Shaw, Joanne und Mary Baker 2004: "Expert patient" – dream or nightmare? In: British Medical Journal 328, Issue 7442, S. 723-724.
- Singer, Merrill und Hans Baer 1995: Critical Medical Anthropology. Amityville (N.Y.), Baywood.
- Sommerfeld, Johannes 1987: Zwischen Koexistenz und Konkurrenz. Zum ungleichen Verhältnis von Schulmedizin und traditionellen Heilsystemen in der Gesundheitsversorgung. In: Berthold Bös und Angelika Wörthmüller (Hg.): Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde. Saarbrücken, Verlag breitenbach.

## 9. Bibliographie

---

- Steffen, Grant E. 1988: Quality medical care. A definition. In: JAMA, 260, S. 56-61.
- Strathern, Andrew und Pamela J. Stewart 1999: Curing and Healing. Medical Anthropology in Global Perspective. Durham/NC (Carolina), Academic Press.
- Su, Tin Tin, Subhash Pokhrel, Adjima Gbangou et al. 2006: Determinants of household health expenditure on western institutional health care. In: European Journal of Health Economics, Vol. 7, Issue 3, S. 199-207.
- Takougang, Joseph und Milton Krieger 1998: African State and Society in the 1990s. Cameroon's Political Crossroads. Colorado/Oxford, WestviewPress.
- Tanser, Frank, Brice Gijsbertsen und Kobus Herbst 2006: Modelling and understanding primary health care accessibility and utilization in rural South Africa. An exploration using a geographical information system. In: Social Science & Medicine Vol. 63, Issue 3, S. 691-705.
- Thiede, Michael 2005: Information and access to health care. Is there a role for trust? In: Social Science & Medicine Vol. 61, Issue 7, S. 1452-1462.
- Tinney, Jean 2008: Negotiating Boundaries and Roles. Challenges Faced by the Nursing Home Ethnographer. In: Journal of Contemporary Ethnography, Vol. 37, Issue 2, S. 202-225.
- Todd, Loreto 1979: Some Day Been Dey. London/Boston, Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Van Campen, Crétien, Herman Sixma, Roland D. Friele et al. 1995: Quality of Care and Patient Satisfaction. A Review of Measuring Instruments. In: Medical Care Research & Review, Vol. 52, Issue 1, S. 109-133.

- Van der Geest, Sjaak 2003: Confidentiality and pseudonyms. A fieldwork dilemma from Ghana. In: *Anthropology Today*, Vol. 19, Issue 1, S. 14-18.
- Van der Geest, Sjaak 2005: 'Sacraments' in the Hospital. Exploring the Magic and Religion of Recovery. In: *Anthropology & Medicine*, Vol. 12, Issue 2, S. 135-150.
- Van der Geest, Sjaak 2007: Is it possible to understand illness and suffering? In: *Medische Antropologie*, Vol. 19, Issue 1, S. 9-21.
- Van der Geest, Sjaak und Kaja Finkler 2004: Hospital ethnography. Introduction. In: *Social Science & Medicine* Vol. 59, Issue 10. S. 1995-2001.
- Van der Geest, Sjaak und Samuel Sarkodie 1998: The fake patient. A research experiment in a Ghanaian hospital. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 47, Issue 9, S. 1373-1381.
- Van Eeuwijk, Peter 1999: Diese Krankheit passt nicht zum Doktor. Medizinethnologische Untersuchungen bei den Minahasa (Nord-Sulawesi, Indonesien). Basel, Wepf & Co AG Verlag.
- Vermeulen, Eric 2004: Dealing with doubt. Making decisions in a neonatal ward in The Netherlands. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 59, Issue 10, S. 2071-2085.
- Von Benda-Beckmann, Keebet und Franz von Benda-Beckmann 2000: Houses, People and Residence. The Fluidity of Ambonese Living Arrangements. In: Juliette Koning, Marleen Nolten, Janet Rodenburg et al. (Hg): *Women and Households in Indonesia. Cultural Notions and Social Practices*. Richmond, Curzon Press.
- WHO 2006: Country Health System Fact Sheet (Cameroon). World Health Organization.
- WHO 2008: World Health Statistics. World Health Organization.

- Wind, Gitte 2008: Negotiated interactive observation. Doing fieldwork in hospital settings. In: Anthropology & Medicine. Special Issue, Vol. 15, Issue 2. S. 79-89.
- Wolkowitz, Carol 2000: Decision-making as a process over time. The careers of home-located cultural workers. In: Margaret S. Archer und Jonathan Q. Tritter: Rational Choice Theory. Resisting colonization. London/New York, Routledge.
- Young, James Clay 1981: Medical Choice in a Mexican Village. New Brunswick, (New Jersey), Rutgers University Press.
- Zaman, Shahduz 2004: Poverty and violence, frustration and inventiveness. Hospital ward life in Bangladesh. In: Social Science & Medicine, Vol. 59, Issue 10, S. 2025-2036.

### ***9.2. Unveröffentlichte Werke***

- Agbor, Ndiwe Wesley 2000: Mission through Healing. A case study of the Presbyterian Medical Institutions Manyemen, 1951 – 1999. Bachelorarbeit am Presbyterian Theological Seminary, Kumba.
- Bellama, David, Solomon Nkele und Joseph Yudom 2006: An Introduction To Cameroonian Pidgin. Bafut, Kamerun.
- Benn, Christoph 2002: The future role of church related hospitals and health services in developing countries. Report about an international consultation. Tübingen, German Institute for Medical Mission.
- Chopard, Michael 2008: Access to Health Care and Treatment Seeking Behaviour in the Mbeza Region, Zambia. Does Distance Matter? Master Thesis. Universität Zürich.

- Egbe, Samuel B. 2007: Annual Report of Health Centre Besongabang. Presbyterian Church in Cameroon.
- Kohlmeyer, Ulrike 2006: Annual Report of Medical Institutions Manyemen. Presbyterian Church in Cameroon.
- Kohlmeyer, Ulrike 2007: Unterlagen zum Vortrag vom 6. November 2007 am 6. MMS-Symposium (Medicus Mundi Schweiz). Nichtstaatliche Gesundheitseinrichtungen und nationales Gesundheitssystem. Basel.
- Mbi, Kirensky Jerry 2005: Yellow Fever: Perception, Prevention and Treatment among the Ejagham. A cultural approach. Bachelorarbeit an der Universität Yaounde I, Yaounde.
- Neba, Christopher Ngwa 2007: Annual Report of Health Complex Kumba. Presbyterian Church in Cameroon.
- Obrist, Brigit 2006: Understanding “access” to health care. A anthropological view from international health. Frühjahrestagung der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- PGCSS 2003: Sanitary Cartography for the South-West Province. Herausgegeben vom „Bureau de Coordination du Programme Germano-Camerounais de Sante / SIDA (PGCSS)“.
- Swai, Antipas D. 1999: The Role and Collaboration of Church Health Services in District Health System. Heidelberg, University of Heidelberg.
- Thomas, Guy 1997: Arbeitsblatt „Hintergrund und Geschichte der Basler Mission in Kamerun – ein Überblick“ zu beziehen bei mission 21.